

Stratégies d'intervention intégrée et à grande échelle (IIGE)

contre une épidémie
nationale de VIH-sida

Manuel de conception et de
mise en œuvre de programmes
de prévention et de soins
du VIH et du sida

Mobilisation de ressources et
de capacités organisationnelles
suffisantes pour mettre à
exécution, de manière efficace
et rapide, une intervention
intégrée et à grande échelle
à l'épidémie de VIH-sida

Révisé par : Peter R. Lamptey, MD, DrPH,
Paul Zeitz, DO, MPH et Carol Larivee, MA

Stratégies d'intervention intégrée et à grande échelle (IIGE)

**contre une épidémie
nationale de VIH-sida**

**Manuel de conception et de
mise en œuvre de programmes
de prévention et de soins
du VIH et du sida**

Révisé par : Peter R. Lamptey, MD, DrPH,
Paul Zeitz, DO, MPH et Carol Larivee, MA

Consultante de rédaction : Donna Ruscavage, MSW



La réalisation de ce manuel a été financée en partie par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre du Projet de prévention et de soins du sida dont l'exécution est assurée par FHI (accord de coopération HRN-A-00-970-00017-00).

©2001 Family Health International (FHI).
Version française, octobre 2002. Tous droits réservés.
Cet ouvrage peut être librement examiné, cité,
reproduit ou traduit, en totalité ou en partie, à
condition d'en désigner la source. Cet ouvrage ne
peut être ni vendu ni utilisé à des fins commerciales.

Les vues exprimées dans le présent ouvrage ne
traduisent pas obligatoirement celles de FHI, ni
de l'USAID. La mention de sociétés ou produits
spécifiques ne signifie, ni n'indique que FHI ou
l'USAID les approuvent ou les recommandent de
préférence à d'autres de nature analogue dont le nom
n'est pas cité.

Family Health International Institute for HIV/AIDS
2101 Wilson Boulevard, Arlington, VA, 22201, USA
Téléphone : 1 703 516 97 79
Télécopieur : 1 703 516 97 81
Internet : <http://www.fhi.org>
ISBN 1-931547-03-3

Remerciements

Les rédacteurs tiennent à remercier les nombreux particuliers et organisations qui ont contribué à la production de ce manuel “*Intervention intégrée et à grande échelle (IIGE)*” par l’apport de leurs connaissances spécialisées.

En janvier 2001, Family Health International a tenu des réunions de consultation à Arlington (Virginie) avec des représentants des organismes et des sociétés suivants : Centers for Disease Control and Prevention, de Management Sciences for Health, Merck, National AIDS Coordinating Agency du Botswana, Population Council/Horizons, ONUSIDA, USAID et World Visions. C’est au cours de ces réunions que le concept de ce document — un ensemble de modules distincts faciles à utiliser — est né.

A la suite du travail intense déployé par les auteurs, les réviseurs et autres collaborateurs, FHI a mis les modules à l’essai sur le terrain, au Kenya (avril 2001) et au Nigeria (juillet 2001), avec la collaboration du Comité d’action national sur le sida (NACA) du Nigeria et le Programme national pour la lutte contre le sida (NACP) du Kenya. Ces essais se sont déroulés à l’échelon national et provincial au Nigeria et à l’échelon au Kenya avec la représentation de l’agence de financement, d’organisations non gouvernementales et de porte-parole des secteurs public et privé. Les participants à ces réunions ont été fort assidus et ils ont contribué à l’élaboration et au perfectionnement de ces modules.

Nous adressons nos remerciements en particulier à Horizons/Alliance pour nous avoir procuré à l’avance un exemplaire de l’ouvrage « *A Question of Scale?: The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organisations’ HIV/AIDS Efforts in Developing Countries* » (Une question d’échelle ? Le Défi des organisations non gouvernementales dans leur lutte contre le VIH-sida : amplifier l’impact de leurs efforts dans les pays en développement (date de

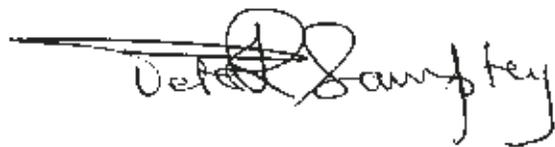
publication 2001), qui a été adapté au module 4 : Participation des ONG à l’IIGE.

Nous tenons aussi à adresser toute notre reconnaissance aux personnes nommées ci-après pour leur participation à la réalisation des modules IIGE.

Auteurs ayant contribué à cet ouvrage : René Bonnel, PhD (Banque mondiale) ; Gail Goodridge, MS (FHI) ; Hilary Hughes, MPhil (consultant FHI) ; Peter Lamptey, MD DrPH (FHI) ; Carol Larivee, MA (FHI) ; Joan McNeil, PhD (FHI) ; Stephen Mills, MPH (FHI) ; Sheila Mitchell, MBA (FHI) ; Arletty Pinel, MD (FHI) ; Kristen Ruckstuhl, MA (FHI) ; Helena Walkowiak, MSc (MSH), et Paul Zeitz, DO, MPH (consultant FHI).

Réviseurs (de FHI) : Gina Dallabetta, MD ; Maggie Diebel, RN, MPH ; John McWilliam, MSc ; Sheila Mitchell, MBA ; Olufemi Oke, MD, MPA ; Kristen Ruckstuhl, MA ; Gloria Sangiwa, MD ; Eric van Praag, MD, MPH, et Tom Ventimiglia, MPH.

Coordination de l’ouvrage : Kristen Ruckstuhl, MA et Lembe Tayilo.



Peter R. Lamptey, MD, DrPH
Vice-président et directeur général
Institut pour VIH-sida
Family Health International

Liste de sigles

ACU	Unité de lutte contre le SIDA	MTE	Transmission d'une mère à son enfant
BARR	Bacilles acido-alcoolo-résistants SIDA Syndrome d'immuno-déficience acquise	CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
DPN	Etablissement de soins prénatals	NACC	Conseil national de lutte contre le SIDA
API	Index de l'effort des programmes de SIDA	NASTLP	Programme national de lutte contre le VIH-sida, les MST, la tuberculose et la lèpre
TAR	Traitements antirétroviraux	PNM	Politique nationale de médicaments
ARV	Antirétroviral (antirétroviraux)	ONG	Organisation non gouvernementale
CCC	Communication pour changer les comportements	NHAC/S	Conseil national et secrétariat de lutte contre le VIH-sida
BCHP	Botswana Comprehensive HIV/AIDS Partnership (Partenariat du Botswana pour le contrôle approfondi du VIH-sida)	CEI	Communauté des Etats indépendants
BCI	Intervention pour changer les comportements	IO	Infection opportuniste
ESC	Enquête de surveillance du comportement	OEV	Orphelins et enfants vulnérables
CACC	Comité régional de lutte contre le SIDA	PACC	Comité provincial de lutte contre le SIDA
CACS	Comité de coordination communautaire de lutte contre le sida Organisation communautaire	PAF	Poverty Action Fund (Fonds d'action pour la réduction de la pauvreté, Ouganda)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour la lutte et la prévention des maladies)	OPS	Organisation panaméricaine de la santé
TS	Travailleur(se) du sexe	PEAP	Poverty Eradication Action Plan (Plan d'action pour l'élimination de la pauvreté, Ouganda)
DACC	Comité régional de lutte contre le sida	APA	Apprentissage participatif par l'action
EDS	Enquête démographique et de santé	PVS	Personnes vivant avec le VIH-sida
DOTS	Thérapie de courte durée fondée sur l'observation directe (pour la tuberculose)	PMT	Poverty Monitoring Team (Equipe de suivi de la pauvreté)
DRI	Initiative d'intervention à l'échelon du district	TPME	Transmission périnatale de la mère à son enfant
DTF	District Task Force (Groupe de travail régional)	FARP	Fonds d'action pour la réduction de la pauvreté
IIGE	Intervention intégrée et à grande échelle	FRPC	Mécanisme pour la réduction de la pauvreté et la croissance
ELISA	Dosages immunoenzymatiques (technique ELISA)	SNRP	Stratégie nationale de réduction de la pauvreté
FAMS	Système de gestion financière et administrative	PSI	Population Services International
FDA	Food and Drug Administration (Administration des produits alimentaires et pharmaceutiques)	GCP	Groupe cible potentiel
FHI	Family Health International	TPE	Transmission d'un parent à son enfant
PNB	Produit national brut	OPB	Organisation bénévole privée
GK	gouvernement du Kenya	RATN	Réseaux de formation régionaux sur le SIDA
HAART	Traitement antirétroviral à activité élevée	SOP	Méthode de fonctionnement normalisée
VHC	Virus de l'hépatite C	STG	Directive de traitement standard
HIPC	Pays pauvres très endettés	MST	Infection sexuellement transmissible
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	PAS	Programme de démarche sectorielle
HORIZONTEC	Horizontal Technical Cooperation Group	AT	Assistance technique
IAPP	Principes et pratiques de comptabilité internationale	TASO	The AIDS Support Organization (Organisation de soutien contre le sida, Ouganda)
IDA	Association internationale de développement	TB	Tuberculose
IDP	Personne déplacée à l'intérieur de son propre pays	TI	Transparency International
CDI	Toxicomane consommateur de drogues injectables	FF	Formation des formateurs
IEC	Information, éducation et communication	ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
FMI	Fonds monétaire international	ONU	Organisation des Nations Unies
IPAA	International Partnership Against AIDS in Africa (Partenariat international de lutte contre le sida en Afrique)	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
IPPF	International Planned Parenthood Federation	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SNRPI	Stratégie nationale intermédiaire de réduction de la pauvreté	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine	USAID	le US Agency for International Development
MPT-III	Troisième plan à moyen terme	USD	Dollar américain (US)
MSF	Médecins sans frontières	CDV	Conseil et dépistage volontaire
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	BM	Banque mondiale
		OMS	Organisation mondiale de la Santé
		OMC	Organisation mondiale du commerce

Table des matières

Introduction	1
Module 1 : Planification stratégique	9
Module 2 : Stratégies techniques	21
Module 3 : Rendre l'IIGE opérationnelle : gestion administrative et financière	47
Module 4 : Participation des ONG	63
Module 5 : Valorisation des ressources humaines	73
Module 6 : Calcul des coûts et utilisation des ressources	83
Module 7 : Gestion de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales	105
Module 8 : Mesure des effets	123

Introduction

Il est urgent de mettre à exécution des stratégies, sous forme d'intervention intégrée et à grande échelle (IIGE), pour faire face à la pandémie de VIH-sida. Les dirigeants des gouvernements nationaux et autres parties intéressées reconnaissent désormais cette urgence et réclament des programmes élargis, tant pour les communautés que pour les particuliers. La Déclaration de l'engagement des gouvernements, signée lors de la session spéciale de l'assemblée générale des Nations Unies qui s'est tenue en juin 2001, habilite les parties prenantes, à l'échelon mondial, national et local, à réagir à cette pandémie par des actions vigoureuses.

De nombreux pays ont commencé à accroître et à inclure un plus grand nombre de personnes dans la mise en œuvre d'interventions et de programmes ; ils se sont intéressés en particulier au nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV) par suite du VIH-sida. L'IIGE s'efforce d'assurer la qualité, d'améliorer les procédures de justification de l'utilisation des fonds et d'accroître la gamme d'interventions et de programmes qui peuvent être offerts aux populations qui n'en bénéficient pas à l'heure actuelle.

Stratégies d'intervention intégrée et à grande échelle (IIGE) à une épidémie nationale de VIH-sida : Manuel de conception et de mise en œuvre de Programmes pour prévenir et soigner le VIH-sida est un ouvrage destiné à aider les pays à mettre à exécution une IIGE. Cet ouvrage s'inspire des réflexions et consultations mondiales sur les moyens de freiner les dommages freiner de deux décennies d'épidémie de VIH-sida partout dans le monde. *The Framework on Global Leadership on HIV/AIDS* (ONUSIDA, novembre 2000), à travers des consultations exhaustives avec une grande gamme de parties prenantes, fournit une démarche stratégique commune pour réduire considérablement, d'ici l'an 2005, les taux d'infection des populations jeunes de la plupart des pays affectés. Le secteur des ONG, dans des travaux comme l'*Expansion et le renforcement de l'action*

communautaire, le Fonds des enfants et orphelins déplacés, de l'USAID (2000), a examiné les manières d'étendre et de renforcer l'action communautaire pour atténuer les effets du VIH-sida sur les enfants et les familles. En outre, le document de l'ONUSIDA sur les "méthodes les plus performantes", *Expanding the Global Response to HIV/AIDS Through Focused Action*, a aidé la communauté internationale à mieux comprendre les rapports de programmes entre le risque, la vulnérabilité et les effets.

Le présent ouvrage vient compléter ces études et autres documents afin de fournir des instruments d'application pratique en matière de IIGE. Des experts de divers domaines — prévention du VIH-sida, soins et soutien, planification stratégique, questions opérationnelles, valorisation des capacités, affectation des ressources et suivi et évaluation — ont contribué à la réalisation de cet ouvrage. Ce document offre des stratégies spécifiques, tant opérationnelles que techniques, pour l'élaboration d'une IIGE, et il peut être adapté aux besoins de populations diverses à différents stades de l'épidémie.

Le présent manuel est un document évolutif qui changera au fur et à mesure que l'épidémie évoluera et que nous tirerons des enseignements de nos interventions.

Le manuel repose sur le principe selon lequel des ressources suffisantes — tant locales qu'internationales — peuvent être réellement mobilisées pour permettre d'exécuter une IIGE pour lutter contre la pandémie de VIH-sida partout dans le monde. Sur le plan technique et opérationnel, il est possible d'amplifier les interventions de contrôle de VIH-sida à l'intérieur des pays et cet ouvrage définit les stratégies à suivre à cette fin. Les principaux défis à relever pour la mise en place d'une IIGE sont notamment l'amélioration des capacités d'absorption, le renforcement des infrastructures, le renforcement des capacités techniques et opérationnelles et la conception de procédures de justification afin d'assurer l'emploi

efficace des ressources. Le manuel décrit des stratégies pour faire face à chacun de ces défis qui nécessitent l'engagement véritable des pays et de la communauté internationale.

C'est seulement par la mise en œuvre d'interventions confirmées, intégrées et approfondies, que la lutte mondiale contre le VIH-sida pourra être remportée. Elle exige le soutien et l'engagement réels des nations et de la communauté internationale pour renforcer et perfectionner les systèmes et infrastructures nécessaires.

Présentation générale

La pandémie de VIH-sida partout dans le monde est la crise la plus grave de maladie infectieuse à laquelle se trouve confrontée la planète depuis celle de la peste bubonique qui avait décimé la moitié de la population de l'Europe en cinq ans, après son apparition en 1347. A ce jour, 22 millions de personnes sont mortes du sida dans le monde ; 36 millions sont aujourd'hui séropositives ou sidéennes.

La situation de l'Afrique est particulièrement alarmante. Selon les estimations, en 1998, 200.000 Africains environ ont été victimes de conflits armés et 2.200.000 sont morts du sida. En 2000, quelque 5,3 millions d'adultes et d'enfants ont été infectés par le VIH. Chaque jour, en Afrique, il se produit quelque 5.500 décès des suites du sida et 11.000 nouvelles infections par le VIH.

Cette perte massive de vies humaines continuera de changer la structure sociale, économique et politique des pays d'Afrique sous des formes qui n'ont pas encore été imaginées. Cette perte changera à jamais les relations à l'échelon familial, communautaire et politique. Ce changement social massif qui se produira peut déjà être mesuré par le nombre croissant d'orphelins, d'enfants affectés par le VIH-sida et autres enfants vulnérables produits par cette pandémie. En 2010, 20 à 30 % de tous les enfants de moins de 15 ans seront orphelins dans 11 pays d'Afrique subsaharienne, même si toutes les nouvelles infections sont prévenues et si une certaine forme de traitement est assurée pour freiner l'apparition du sida chez ceux qui sont séropositifs.

Dans les régions d'Asie et du Pacifique, le VIH-sida se propage de façon redoutable. En chiffres absolus, l'Inde se situe en tête des pays d'Asie pour les personnes atteintes du VIH-sida, entre trois et cinq millions. La Chine, si elle n'est pas affectée par le VIH-sida comme d'autres pays plus au sud, fait

face à un problème grandissant, avec des taux de séroprévalence (aujourd'hui estimés entre 0,1 et 0,4 million) en hausse rapide. Le nombre de personnes qui vivent avec le VIH-sida dans cette région pourrait dépasser le nombre total absolu d'habitants de l'Afrique subsaharienne atteints du même virus avant l'an 2010.

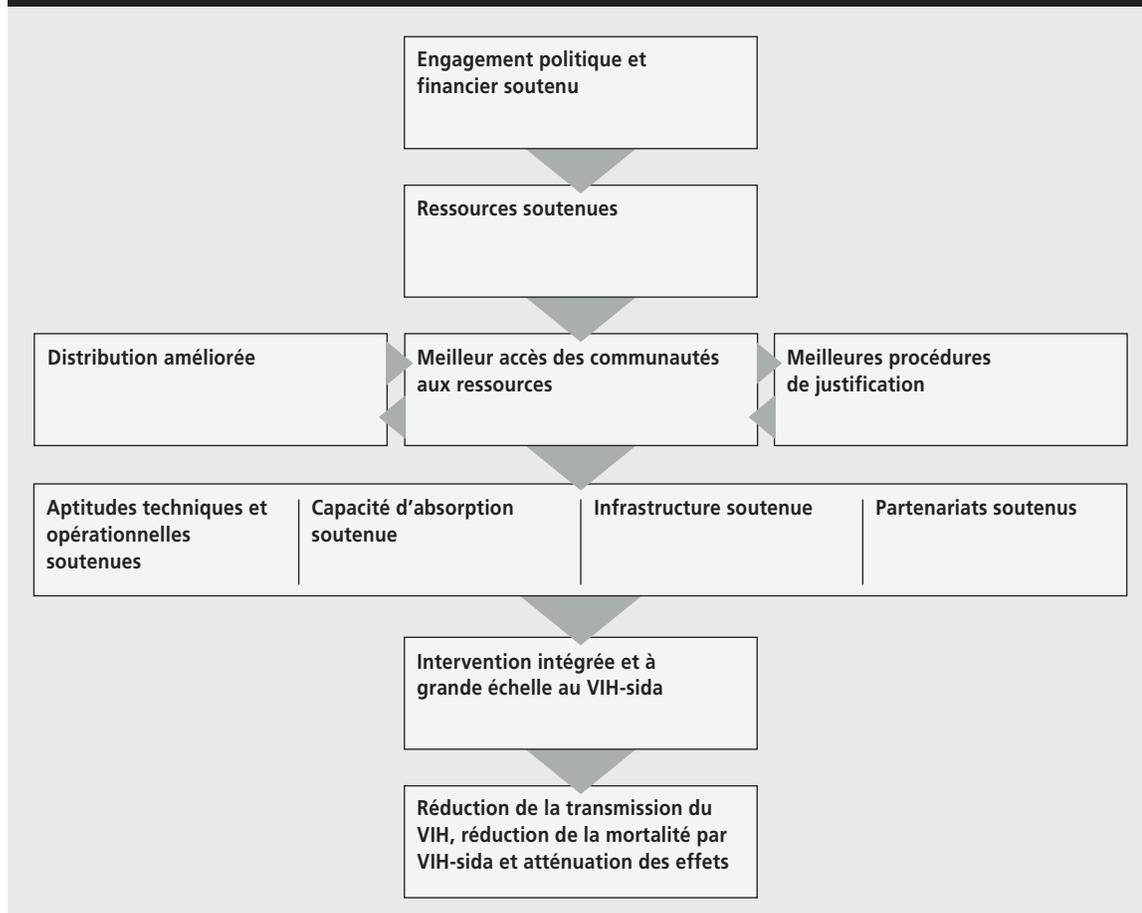
Le VIH se propage également de manière accélérée en Amérique latine. La prévalence est élevée au Brésil et dans les pays des Caraïbes, à l'exception de Cuba.

La détérioration des systèmes de soins de santé produit une augmentation inquiétante du VIH en Russie, dans la CEI et, dans une moindre mesure, en Europe de l'Est (par suite de difficultés économiques). Après une apparition tardive et lente, le VIH se propage rapidement dans toute la région européenne de la Communauté des Etats indépendants (CEI), ne se limitant plus à la cohorte initiale des consommateurs de drogues injectables. En 1998, environ 270.000 personnes étaient séropositives, représentant une augmentation de plus de 500 % par rapport à 1997. Bien que l'Ukraine ait été le plus durement frappée, la Russie, la Biélorussie et la Moldavie ont enregistré de fortes hausses. Des responsables du Ministère de la Santé russe prévoient que la population séropositive pourrait atteindre les deux millions en l'an 2002 pour la Russie uniquement.

Reconnaissant l'ampleur de cette crise mondiale, les dirigeants de la société civile, des gouvernements et des agences multinationales affirment que le VIH-sida est le problème de sécurité et de développement le plus crucial auquel le monde fait face d'aujourd'hui. L'élaboration, le financement et l'exécution de programmes pour freiner la propagation du VIH et atténuer les effets du VIH-sida sont désormais parmi les principales priorités des sociétés civiles.

L'affectation de ressources suffisantes est toujours un énorme défi à la réussite de cette entreprise. Si l'on enregistre un nombre grandissant des interventions cliniques et comportementales efficaces qui sont actuellement disponibles pour réduire la transmission du VIH et améliorer les soins et le soutien apportés à ceux qui vivent avec le VIH, les ressources mises à la disposition des pays pour conduire avec efficacité ces interventions restent insuffisantes. Les experts estiment qu'il faut annuellement neuf milliards de dollars US pour fournir un programme minimum de prévention, de soins, de traitement, de renforcement des infrastructures et de valorisation des capacités.

Graphique 1 : Cadre conceptuel d'une IIGE



Définition d'une intervention intégrée et à grande échelle au VIH-sida

Pendant les années 80 et 90, nous avons identifié quelques réponses appropriées, mais ni le taux de transmission ni les effets de la pandémie n'ont été suffisamment réduits. L'expérience a permis de dégager des enseignements et des outils qui peuvent contribuer à élaborer et mettre à exécution une IIGE.

A l'échelle mondiale, un nouvel intérêt a été accordé à l'amplification des activités de prévention du VIH. Il est important de noter la différence entre amplification et IIGE. Le terme amplification évoque l'extension de la couverture géographique et du nombre de particuliers qui bénéficie d'un programme d'intervention. Le terme IIGE couvre ce point, mais englobe aussi l'élargissement de la couverture à des types de population différents, ainsi que l'amélioration de la qualité et de l'ampleur des services offerts et des procédures de justification de l'utilisation des

fonds. Le but ultime est d'assurer qu'une gamme complète d'interventions et de programmes sont fournis afin de réduire la transmission du VIH et son impact sur la population.

Quatre principaux résultats sont attendus d'une IIGE :

- Réduction de la transmission du VIH
- Réduction de la morbidité et de la mortalité causée par le SIDA
- Amélioration de la qualité de vie chez les personnes atteintes du VIH-sida
- Atténuation des effets de l'épidémie dans les zones et les populations affectées

Définition d'une IIGE

IIGE — Mobilisation de ressources et de capacités organisationnelles suffisantes pour mettre à exécution, de manière efficace et rapide, une **intervention intégrée et à grande échelle** à l'épidémie de VIH-sida

Il faut examiner de nombreux facteurs lorsque des pays envisagent des options et stratégies d'exécution d'une IIGE. Ces facteurs sont :

- Les ressources financières
- L'infrastructure
- La capacité d'absorption
- Les capacités techniques et opérationnelles
- Les systèmes de gestion financière
- La justification de l'utilisation des fonds
- Les perturbations continues des infrastructures sanitaires, économiques et sociales

Etant donné que, souvent, ces éléments ne sont pas suffisamment développés, la conception de stratégies pour les développer constitue un défi important. La réussite d'une IIGE peut être affectée par :

- La mobilisation des ressources
- La mobilisation de la société civile, du soutien et de l'engagement politique
- La vigueur et le type d'influence des secteurs et organisations d'importance primordiale
- Les capacités techniques et organisationnelles des secteurs public et privé
- Le niveau d'engagement à l'égard de l'expansion intersectorielle et pluri-sectorielle
- Les systèmes de gestion des ressources
- La planification, le financement et l'exécution décentralisés des programmes
- Les systèmes de suivi et d'évaluation

Le Graphique 1 récapitule le cadre conceptuel de l'IIGE, en utilisant les informations ci-dessus.

Le manuel IIGE

Objet

Le présent ouvrage s'efforce de fournir des instruments, stratégies et idées pratiques pour la conception et l'exécution de programmes d'intervention intégrée et à grande échelle de lutte contre le VIH-sida. S'appuyant sur le bilan des enseignements tirés des programmes existants, cet ouvrage a pour objet d'aider les utilisateurs à concevoir des programmes plus approfondis, à repérer les points forts et les domaines qui ont besoin d'améliorations et, enfin, à déterminer les possibilités d'expansion.

Publics cibles

Ce manuel s'adresse aux principaux intéressés et directeurs de programmes qui s'efforcent d'élaborer

et d'exécuter une IIGE. Les publics cibles comprennent :

- Les directeurs de programmes VIH-sida à l'échelon national, régional et régional
- Les partenaires pluri-sectoriels
- Le personnel de programme et de soutien technique des organisations privées bénévoles (OPB), des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations communautaires (OC)
- Les exécutants de programmes VIH-sida appartenant au secteur privé
- Les bailleurs de fonds et les organismes partenaires internationaux

Contenu

Pour lutter contre avec efficacité l'épidémie de VIH, il s'avère nécessaire d'identifier de nouveaux partenaires et intéressés et de les mettre au courant de l'état des connaissances actuelles sur le VIH-sida. Les huit modules sont destinés à aider tous les intéressés à aborder les questions nécessaires pour prendre des décisions informées pour l'exécution d'une IIGE. Les modules sont conçus comme des aperçus récapitulatifs pour une information rapide, et non comme des documents de référence.

Le manuel IIGE se compose de huit éléments importants que doivent couvrir les travaux. Chaque élément est examiné en profondeur dans l'un des huit modules du manuel (récapitulés dans le texte qui suit). Le lecteur trouvera dans chaque module :

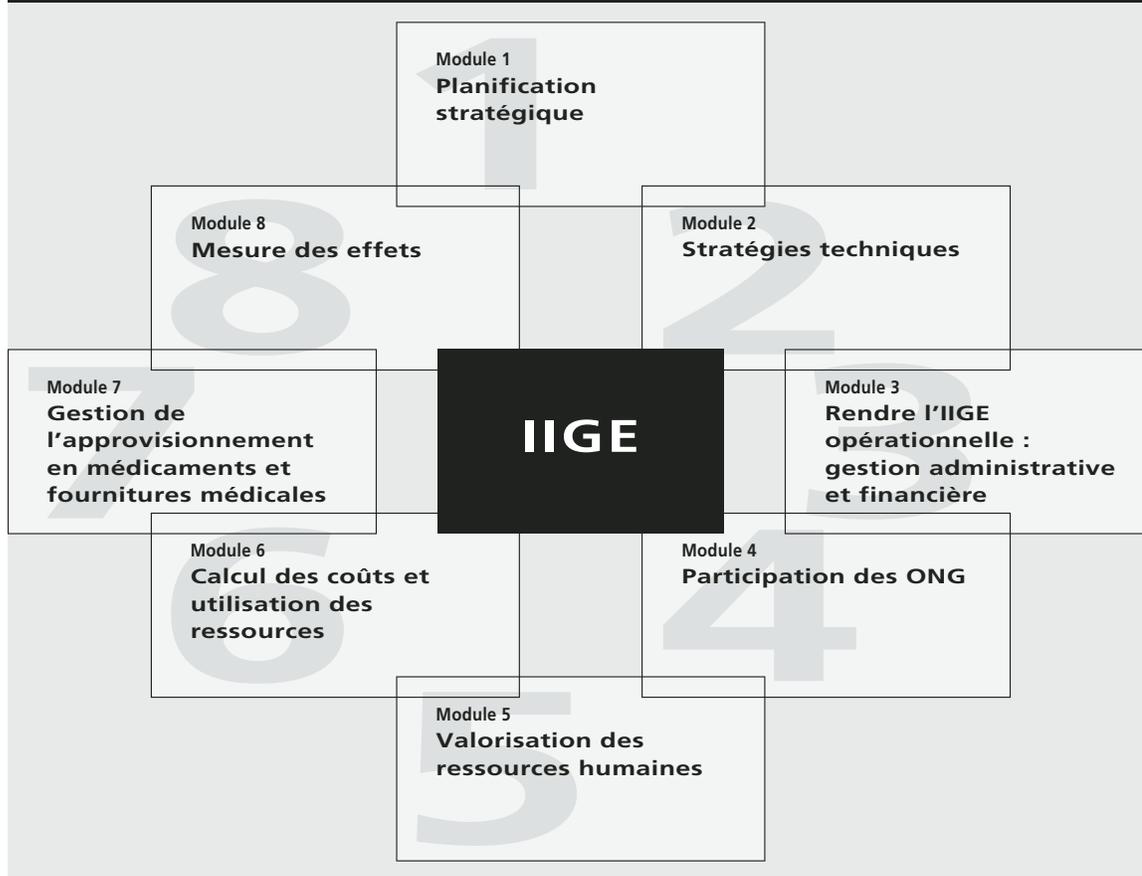
- Un aperçu du contenu du module
- Des informations techniques sur les concepts et principes importants
- Des questions d'exécution d'importance primordiale pour les planificateurs et directeurs de programmes
- L'expérience acquise sur le terrain par le biais d'études de cas spécifiques à un pays donné, lorsqu'on en dispose
- Liste de lectures complémentaires

Le Graphique 2 illustre les éléments primordiaux pour l'exécution d'une IIGE

Planification stratégique (module 1)

Si l'on veut qu'un programme pluri-sectoriel réussisse, il est nécessaire de procéder à la planification stratégique participative à tous les niveaux administratifs et dans tous les secteurs (aussi bien public que privé). Pour mettre au point une réponse intégrée et des plans stratégiques sectoriels,

Graphique 2 : Éléments d'une intervention intégrée et à grande échelle



il importe de procéder à une évaluation des besoins, à une analyse de la situation et de l'intervention actuelle et, enfin, à la planification du programme. Cette activité de planification devra compléter les plans de stratégie nationale du pays et les rendre plus opérationnels. Mais elle ne devra pas les supplanter.

Stratégies techniques (module 2)

Le module 2 se concentre sur les interventions qui fonctionnent bien et fournit des orientations sur la manière de les amplifier de manière efficace et efficiente. Ce module examine les moyens d'accroître l'accès aux programmes et leur couverture, les éléments d'intervention synergique et le classement par priorité des interventions, compte tenu du stade d'avancement de l'épidémie, du niveau des ressources, de l'infrastructure et des programmes en cours. Il est indispensable de procéder au suivi et à l'évaluation de ces domaines techniques. La question de suivi et d'évaluation est abordée au module 8.

Rendre l'IIGE opérationnelle : Gestion administrative et financière (module 3)

Le module 3 examine les mécanismes et structures de planification et d'exécution des interventions, ainsi que l'affectation, sans obstacle, des fonds aux programmes. Ce module se penche donc sur les systèmes de gestion des programmes à tous les niveaux et sur l'élaboration de systèmes d'information rationnels. Il étudie aussi les mesures à prendre pour assurer des procédures de justification de l'utilisation des fonds et mettre au point des systèmes d'établissement de rapports standard à soumettre aux bailleurs de fonds.

Participation des ONG (module 4)

Les ONG et OC ont joué le rôle principal dans la conception et la mise en œuvre de programmes pour prévenir et soigner le VIH-sida. Dans le cadre d'une IIGE, les ONG ont à se débattre avec des questions difficiles, notamment la reproduction des programmes, l'amplification des programmes existants, l'incorporation de nouvelles interventions

aux programmes qui réussissent et le maintien de la qualité. Le module 4 donne un aperçu des problèmes primordiaux qui se posent aux ONG et explique comment ces problèmes se rattachent aux éléments que doivent envisager les intéressés dans le cadre des méthodes de conception et d'exécution d'une IIGE.

Valorisation des capacités humaines (module 5)

Le module 5 examine les évaluations des besoins de perfectionnement des capacités humaines pour l'exécution d'une IIGE (qui faut-il former et comment), de programmes de formation et de programmes de renforcement des capacités. Ce module examine aussi les innovations en matière de renforcement des capacités, notamment la collaboration Sud-Sud et l'enseignement à distance.

Calcul des coûts et utilisation des ressources (module 6)

Le module 6 décrit des méthodes de prévision des coûts d'une IIGE, couvrant les dépenses directes et les coûts économiques plus vastes. Ce module, qui aidera les utilisateurs à établir des critères d'affectation des ressources, présente dans les grandes lignes les coûts d'élargissement de la couverture et des types de programmes et interventions pour prévenir et soigner le VIH-sida. Ce module étudie aussi d'autres questions liées à l'affectation des ressources, notamment la détermination des priorités dans la répartition des ressources afin d'assurer le maximum de résultats.

Gestion de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales (module 7)

Il faut répondre à d'innombrables questions d'importance primordiale lorsque l'on élabore un système de gestion de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales. Le module 7 examine les possibilités de systèmes d'aide à la gestion, la sélection, la passation des marchés, la distribution et l'utilisation. Le module aborde également les questions d'ordre stratégique et juridique. La création d'un système fiable pour assurer la gestion des approvisionnements en antirétroviraux sera indispensable. Les questions de comparaison entre la gestion par le secteur public et le secteur privé seront vivement débattues dans la

plupart des contextes nationaux ; ce module fournit des orientations utiles pour la conduite de ce débat.

Mesure des effets (module 8)

Le module 8 examine le défi crucial lié à la mesure des effets et du suivi de la qualité. Dans ce module, certains des défis particuliers qui se posent en matière de suivi et d'évaluation sont abordés, notamment les limites de ressources et les activités d'évaluation sous la conduite des bailleurs de fonds. Le module se penche également sur l'importance de la collecte de bonnes données nationales pour assurer que l'IIGE exerce des effets, ainsi que sur le suivi des capacités et performances organisationnelles.

Liste de lectures complémentaires

Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action : Reducing risk and vulnerability : definitions, rationale and pathways (Elargissement des interventions mondiales de lutte contre le VIH-sida par une action focalisée : la réduction du risque et de la vulnérabilité : définition, justification et mécanisme). ONUSIDA, Best Practices Collection, 1998.

Framework for Global Leadership on HIV/AIDS (cadre d'initiative mondiale contre le VIH-sida). Conseil de coordination du Programme/ONUSIDA (10)(00.3), 2 nov. 2000.

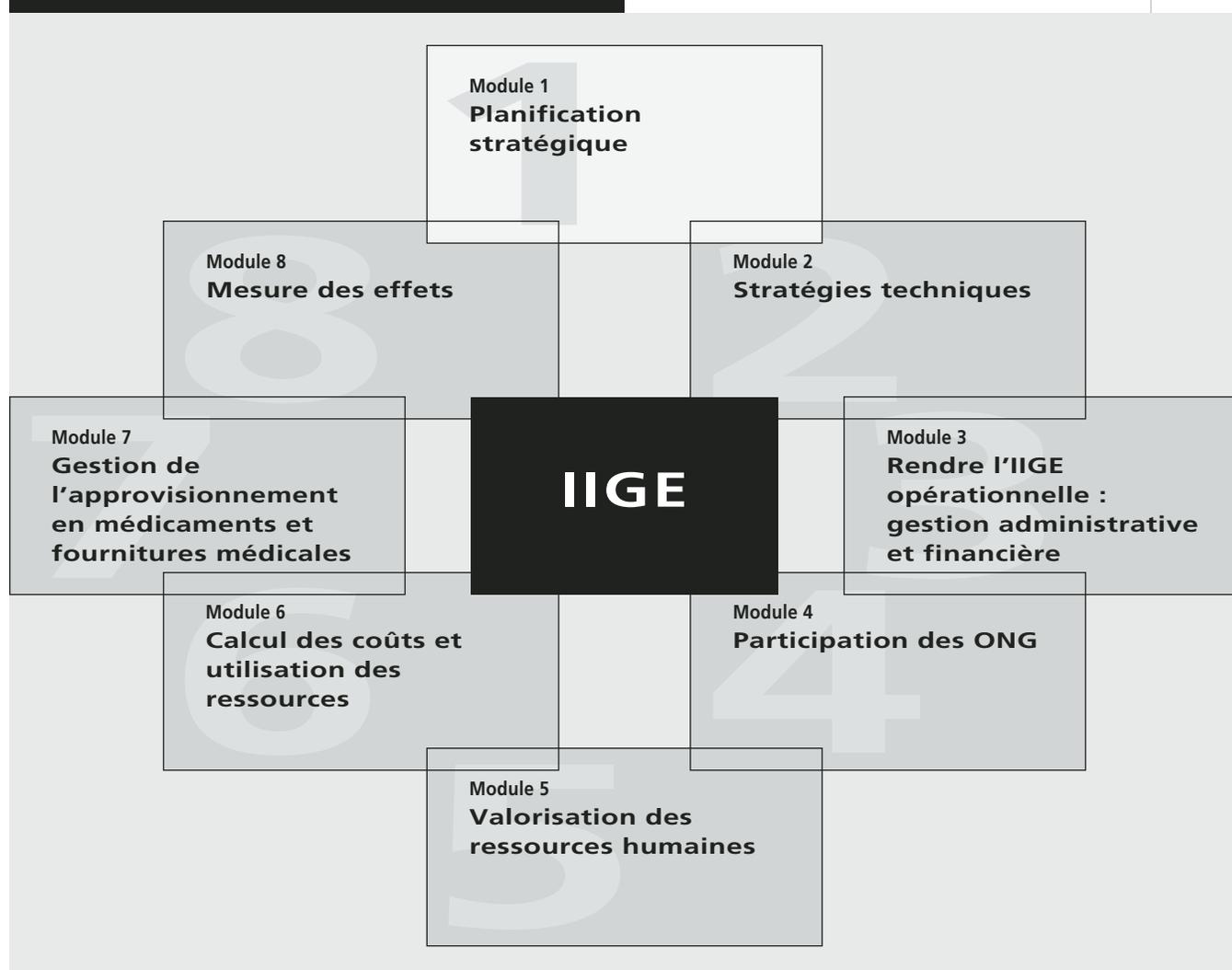
Phiri S. Foser G. Nzima M. Expanding and strengthening community action : A study to explore ways to scale up effective, sustainable community mobilization interventions to mitigate the impact of HIV/AIDS on children and families (l'élargissement et le renforcement de l'action communautaire : étude examinant les possibilités d'amplification des interventions de mobilisation communautaire efficaces et durables afin d'atténuer l'impact du VIH-sida sur les enfants et les familles). Washington : Fonds de l'USAID pour les enfants et orphelins déplacés, 2001.

Together we can : Leadership in a world of AIDS (pour une action commune : notre pouvoir d'influence dans le monde du SIDA), juin 2001.

Module 1

Planification stratégique

Eléments d'une intervention intégrée
et à grande échelle



Aperçu

- Comment identifier les priorités ; où, comment et avec qui décupler la stratégie d'intervention ?
- Comment assurer l'entière participation des intéressés ?

De nombreux pays ont déjà des plans de stratégie nationale pour répondre en profondeur au problème du VIH-sida. Le module 1 n'a pas pour objet de remplacer ces plans de stratégie nationale, mais de s'en inspirer pour l'établissement d'un processus de planification stratégique continu qui mobilise des partenaires supplémentaires en vue de soutenir l'exécution de l'IIGE.

Le module 1, planification stratégique :

- Repère les principes de base nécessaires à la planification stratégique d'une IIGE.
- Examine les possibilités pour élargir les partenariats, assurer la participation et faire intervenir les communautés dans la planification.
- Présente les rôles des intéressés en matière de planification.
- Décrit les étapes composant la planification stratégique, notamment la détermination des priorités.
- Enumère les questions d'exécution primordiales que les intéressés doivent aborder pendant la planification stratégique d'une IIGE.
- Fournit une étude de cas pour la planification stratégique d'une IIGE.
- Fournit des références et ressources à titre de lecture complémentaire.

Principes de base nécessaires à la planification stratégique d'une IIGE

Les cinq principes de base pour guider la planification stratégique d'une IIGE sont les suivants :

- **Le respect des droits de l'homme** pour assurer que les programmes proposés ne discréditent, n'affaiblissent ni n'affectent négativement sous aucun rapport la dignité des particuliers auxquels ces programmes s'adressent, y compris les personnes qui vivent avec le VIH-sida (PVS).
- **La prise de décisions fondées sur les constatations** qui permettent aux planificateurs et exécutants des programmes de tirer des

enseignements des activités réussies et des domaines qui ont besoin d'améliorations.

- **Les procédures de justification** en matière de décisions de programme et d'attribution de fonds.
- **La disposition** à formuler clairement les objectifs et les résultats escomptés et à présenter régulièrement des rapports au public.
- L'abandon d'un processus dirigé par des experts pour un **processus participatif général**.

Elargissement des partenariats pour faciliter la planification stratégique

La mise au point d'une IIGE efficace exige la participation d'un large éventail de secteurs, tant publics que privés, au processus de planification stratégique. Dans un grand nombre de pays, les partenariats existants seront probablement élargis et de nouveaux partenariats seront établis afin d'assurer qu'ils participent utilement à la planification stratégique d'une IIGE. Les secteurs d'activité primordiaux à inclure dans cette planification stratégique sont la santé, l'éducation et l'agriculture. Il est important d'engager ces secteurs d'activité, ainsi que les autres domaines primordiaux qui seront identifiés, dans la planification stratégique afin d'assurer l'exécution efficace des programmes et interventions. Trois secteurs sont essentiels au succès de la planification stratégique d'une IIGE :

- **Le secteur des ONG.** Repérer des partenaires qui sont en mesure de mettre en œuvre des programmes, de recevoir des ressources et d'en justifier l'emploi. Les planificateurs peuvent avoir besoin d'aider des organisations non gouvernementales (ONG) à renforcer leurs capacités ; il peut se révéler nécessaire d'établir des mécanismes de justification de l'utilisation des fonds par la société civile ou de renforcer ces mécanismes et, enfin, les PVS devront être inclus dans tous les aspects stratégiques de la planification et de l'exécution.
- **Le secteur privé.** Des coalitions d'entreprises pour lutter contre le VIH-sida peuvent être établies et renforcées.
- **Le secteur public.** Des programmes de soins et de prévention du VIH-sida peuvent être intégrés aux activités du secteur public, en conjonction avec le développement d'infrastructures.

Le tableau qui figure à la page 11 énumère les types de partenaires de chacun de ces secteurs qu'il

Principaux partenaires dans la planification stratégique d'une IIGE	
Secteur	Partenaires
Secteur des ONG	<ul style="list-style-type: none"> ■ PVS ■ Dirigeants politiques, religieux et traditionnels ■ Guérisseurs traditionnels ■ Syndicats et leurs membres ■ Associations professionnelles ■ Organisations de réseaux d'ONG (Apex) ■ Organisations et réseaux basés sur la religion
Secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coalitions organisées du secteur privé pour lutter contre le VIH-sida ■ Programmes de lutte contre le VIH-sida sur le lieu de travail
Secteur public	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ministère des Finances ■ Secteur de la santé ■ Secteur de l'éducation ■ Secteur de l'agriculture ■ Secteur minier ■ Secteur du développement communautaire ■ Secteur des services sociaux ■ Secteur de la jeunesse et des sports ■ Services avec personnel en uniforme ■ Secteur de l'information et des communications ■ Secteur du logement ■ Secteur de la justice et des droits de l'homme

convient de faire participer à la planification stratégique.

Assurer la participation à la planification stratégique d'une IIGE

Un des enseignements mondiaux les plus importants de la lutte contre cette pandémie, depuis deux décennies, est qu'il est indispensable d'assurer la vaste participation des intéressés à la planification et à l'exécution des programmes VIH-sida. L'équipe de base chargée de l'élaboration des plans stratégiques peut chercher à incorporer autant d'intéressés au premier chef que possible. Une représentation complète de tous les secteurs de la société doit inclure :

- Les PVS
- Les dirigeants politiques
- Les dirigeants religieux
- Les dirigeants/gouvernants culturels/traditionnels
- Les groupes de population essentiels
- Les gardiens de ces groupes de population essentiels

- Les autres membres influents de la communauté, comme les musiciens, les sportifs, les porte-parole, les chefs d'entreprise, les représentants des médias
- Les "abeilles ouvrières" — par exemple les personnes qui posent les bases et qui effectuent les travaux d'exécution quotidiens
- Les exécutants présents et futurs des programmes
- Les conseillers techniques

Il est important d'établir une représentation communautaire équilibrée et applicable pour promouvoir les différents aspects de la planification stratégique conduite par l'équipe de base. Cette dernière doit en particulier s'assurer la participation des intéressés suivants :

- Les PVS et autres dont les voix risquent autrement de ne pas être entendues, telles que les sous-populations discréditées de jeunes femmes, de travailleurs du sexe (TS), de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI).
- Les personnes qui tendent à s'opposer et celles qui tendent à soutenir les programmes de lutte

contre le VIH-sida. L'incorporation de ces deux groupes favorisera une meilleure compréhension de toutes les positions et encouragera la connaissance plus approfondie des complexités de l'épidémie par toutes les parties intéressées.

- Divers secteurs au sein du gouvernement, des ONG et des institutions à but lucratif.

Participation des communautés à la planification stratégique d'une IIGE

Il est possible de faire participer les communautés au processus de planification stratégique aux stades suivants :

- La phase initiale de planification préliminaire qui sert à définir le processus de planification stratégique
- Pendant toute la phase d'exécution du processus de planification

- Le lancement du plan et l'apport d'un soutien continu à ce plan

Le tableau ci-dessous illustre les différents rôles que les communautés peuvent jouer dans le processus de planification stratégique d'une IIGE.

Le rôle des dirigeants nationaux et locaux/sectoriels dans la planification stratégique d'une IIGE

En tant que volet des programmes de lutte contre le VIH-sida, la planification stratégique a fait l'objet de changements appréciables au fil des ans. Dans les premières années de l'épidémie, la planification stratégique a principalement été effectuée du sommet à la base, ce qui s'est prouvé inefficace pendant le cours de l'épidémie. La participation des communautés est indispensable à une planification réussie ; le

Rôles de la participation communautaire à la planification stratégique d'une IIGE	
Définition du processus de planification	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier des intéressés directs, y compris des PVS ■ Franchir les obstacles politiques à la planification des programmes de lutte contre le VIH-sida ■ S'engager dans des activités de défense des intérêts communautaires pour faire accepter le processus de planification ■ Contribuer à la conception du processus de planification
Exécution du processus de planification	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobiliser les ressources ■ Transférer les ressources aux exécutants ■ Avoir accès aux intéressés spéciaux ■ Recueillir des informations et des données ■ Contribuer à l'expérience et à l'information ■ Analyser les informations ■ Valider les informations ■ Identifier des stratégies culturellement acceptables ■ Fixer des priorités ■ Repérer des partenaires possibles ■ Tenir le public informé de l'avancement de la planification ■ Justifier l'emploi des ressources et les résultats
Lancement et soutien du plan	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encourager l'acceptation du plan par la population générale ■ Identifier, rassembler et fournir des ressources ■ Collaborer activement à l'exécution ■ Surveiller l'exécution du plan ■ Procéder à un examen officiel du plan et apporter les révisions nécessaires

processus de planification stratégique a donc commencé à engager les communautés dans tous les aspects de la planification, de l'exécution et de l'évaluation. Leur engagement a renforcé considérablement le processus en assurant la participation et la contribution des communautés à tous les niveaux.

Le processus de planification suit une orientation quelque peu différente, qu'il s'agisse du niveau national ou du niveau local/sectoriel (région, province, district, municipalité). À l'échelon national, le processus de planification établit des buts et objectifs généraux, établit des rôles spécifiques autour des programmes de niveau national (comme les politiques et le soutien au système de planification nationale), fait preuve d'initiative en établissant comme priorité nationale le problème du VIH-sida, facilite la coordination entre les différents secteurs et mobilise des ressources intérieures et extérieures. À l'échelon local/sectoriel, la planification devient une tâche d'évaluation de la situation et de l'environnement à l'échelon local.

Les rôles des dirigeants nationaux et communautaires pour soutenir la planification stratégique d'une IIGE sont décrits au tableau qui figure à la page 12.

Étapes de la planification stratégique d'une IIGE

La planification stratégique d'une IIGE se compose de quatre étapes. Ces étapes de base, conçues pour guider les dirigeants tant nationaux que locaux/sectoriels dans leur processus de planification, sont décrites ci-après.

Étapes de base pour la planification stratégique d'une IIGE

- Étape 1 : évaluation de la situation
- Étape 2 : évaluation de l'intervention
- Étape 3 : élaboration du plan stratégique
- Étape 4 : mobilisation des ressources

Actions ➡ **Ressources** ➡ **Résultats**

Planification stratégique d'une IIGE

Étape 1 : évaluation de la situation

L'évaluation de la situation a pour objet de rassembler des informations sur le VIH-sida auprès des populations considérées. Ces informations englobent :

- Des données épidémiologiques, y compris la séroprévalence et la prévalence des maladies sexuellement transmissibles (MST) et les groupes de population de base les plus vulnérables.
- Les principaux comportements à risque qui provoquent l'épidémie.
- Les facteurs socioéconomiques, politiques, culturels, juridiques et sanitaires qui favorisent la vulnérabilité à l'infection par le VIH — par exemple les conditions d'accès aux services de santé, les questions de dynamique sexospécifique, la migration, les droits de propriété, les possibilités d'études et questions relatives au lieu de travail et à l'emploi.
- Les effets actuels du VIH sur les communautés et les prévisions futures.

L'évaluation de la situation permettra d'établir une carte indiquant les personnes qui sont à risque et les raisons pour lesquelles elles le sont, la taille des populations et comment et où leurs interactions renforcent la vulnérabilité à l'infection par VIH. L'évaluation de la situation a de l'importance pour trois aspects de la planification stratégique :

- L'estimation de la taille des groupes de population de base afin de présenter une vue réaliste de tous les besoins.
- Le classement des besoins par ordre prioritaire.
- L'examen plus en détail des interactions entre les groupes de population essentiels et leurs contacts afin de mieux comprendre la dynamique de propagation de l'épidémie.

Planification stratégique d'une IIGE

Étape 2 : évaluation de l'intervention

L'évaluation de l'intervention sert à :

- Inventorier (ou recenser) les efforts actuels visant à lutter contre l'épidémie
- Évaluer si ces efforts sont bien appropriés, acceptables et pertinents.
- Repérer les lacunes importantes des programmes et autres efforts nécessaires.

L'évaluation de l'intervention donne aux planificateurs l'occasion de s'informer directement auprès des travailleurs sur le terrain et des clients qu'ils servent. L'équipe de planification doit maintenir une attitude positive durant ce processus afin que les exécutants du programme et que leurs clients se sentent à l'aise et fournissent des opinions honnêtes sur les réussites et les limites du programme. Le

rassemblement d'informations sur ce qui marche, sur les améliorations qu'il faut apporter et sur les points qui présentent des lacunes est indispensable au processus de planification stratégique.

L'évaluation de l'intervention identifie les éléments suivants :

- **Les niveaux de couverture des programmes en cours et leurs lacunes.** En s'appuyant sur des techniques de cartographie, l'évaluation de l'intervention fournit une base d'information sur les efforts de programme en cours. Étudiée en même temps que l'évaluation de la situation, l'évaluation de l'intervention peut aussi fournir des éclaircissements sur des secteurs prioritaires qui ne sont pas couverts et identifier des régions "d'activité coordonnée" possibles pour accroître la couverture actuelle.
- **Modèles utiles.** L'évaluation de l'intervention permet d'identifier des modèles de programmes qui ont réussi, ainsi que les éléments essentiels qui peuvent servir à reproduire et/ou adapter ces programmes dans d'autres endroits.
- **Ressources techniques.** L'évaluation de l'intervention permet aussi de repérer des organismes d'exécution et experts techniques possibles à qui il pourra être fait appel rapidement. Cette expertise représente également une mémoire institutionnelle précieuse spécifique au pays concerné. L'échange d'informations sur les réussites et les échecs se traduira par une utilisation plus efficace du temps et contribuera à réduire l'application de stratégies inadaptées du point de vue culturel.
- **Insuffisances de partenaires.** Les évolutions et les insuffisances en matière de partenaires sont également détectées par l'évaluation de l'intervention et les partenaires actuels. Les planificateurs peuvent examiner si les programmes en cours d'exécution couvrent la participation de multiples secteurs (par exemple des organisations religieuses, des associations de femmes, des secteurs d'activité privés, des écoles) plutôt que principalement le Ministère de la Santé et les ONG actives dans le domaine du VIH-sida. Il est crucial que les planificateurs évaluent si les PVS ont été suffisamment incorporés.
- **Capacité d'intervention.** L'évaluation de l'intervention fournit des informations sur la capacité d'intervention, en ce qui concerne les infrastructures, les aptitudes et les systèmes disponibles, et elle décèle les domaines qui ont

besoin d'être développés pour assurer l'entière mobilisation de l'IIGE.

Afin de faciliter l'évaluation de l'intervention de lutte à l'échelon local/sectoriel, l'équipe de planification doit examiner les effets du VIH-sida sur :

- La qualité et la quantité de services assurés dans un secteur
- La capacité à assurer les services requis
- L'organisation du secteur
- Le rôle des pourvoyeurs de services
- Les pratiques en matière de politique et de gestion des ressources humaines
- La planification et la gestion des ressources sectorielles
- Les ressources publiques et privées à la disposition du secteur
- Le soutien des bailleurs de fonds au secteur

Planification stratégique d'une IIGE

Etape 3 : Elaboration de plans stratégiques

Les résultats des évaluations de la situation et de l'intervention fourniront aux planificateurs la plupart des informations nécessaires pour dresser un plan stratégique IIGE adapté. Ces informations doivent être analysées avec soin afin de déterminer les priorités (voir "Déterminants pour la sélection des priorités" plus bas).

Les plans stratégiques IIGE peuvent couvrir :

- Les domaines prioritaires
- Les objectifs clairs de chaque domaine prioritaire
- Les principales stratégies d'intervention pour aborder les objectifs de chaque domaine prioritaire
- Les cibles générales à atteindre, notamment les indicateurs globaux (ou de référence) et comment les mesurer
- Les définitions des partenaires de la planification et leurs rôles
- Les définitions des rôles et de la participation des PVS
- Les estimations du coût du programme et les sources de financement

Etape 3 : Elaboration de plans stratégiques

Déterminants pour la sélection des priorités

Pendant que les planificateurs prennent en considération les questions complexes et les options d'exécution de l'IIGE dans leur endroit et qu'ils

Etat de l'épidémie de VIH		
Etat de l'épidémie de VIH	Définition	Priorités géographiques
Faible niveau	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infection par VIH limitée aux particuliers aux comportements à risque élevé, sans propagation aux sous-groupes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zones de transmission élevée du VIH
Concentré	<ul style="list-style-type: none"> ■ Propagation rapide de l'infection par VIH aux sous-populations définies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Districts de transmission élevée du VIH
Généralisé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infection par VIH fermement établie dans la population générale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zones urbaines ■ Zones périurbaines ■ Zones rurales

Source : ONUSIDA/OMS. *Guidelines for Second Generation Surveillance (Principes de surveillance pour la deuxième génération)*. Mai 2000

définissent des calendriers spécifiques, ils peuvent appliquer les déterminants ci-après pour faciliter la sélection des priorités IIGE :

- Etat de l'épidémie
- Ciblage des comportements
- Concentration géographique
- Niveau de ressources
- Capacité de direction en ce qui concerne l'exécution
- Disposition de la communauté

L'élargissement des interventions et des programmes est souvent déterminé par l'état d'avancement de l'épidémie dans un pays, une région ou un endroit. Le tableau qui précède examine trois états différents de l'épidémie de VIH.

Durant le processus de sélection des priorités IIGE, il est particulièrement important de déterminer dans quelle mesure la communauté est disposée à intervenir, c'est-à-dire ce que l'ONUSIDA qualifie de compétence vis-à-vis du SIDA. Les facteurs qu'il importe d'examiner pour déterminer l'état de disposition de la communauté sont notamment :

- La connaissance exacte de la situation du VIH-sida dans la communauté
- La perception des effets actuels et possibles du VIH-sida sur la communauté
- Les attitudes à l'égard des PVS
- L'ouverture d'esprit à discuter du VIH-sida avec la jeunesse

- Les attitudes à l'égard des programmes de lutte contre le VIH-sida dans la communauté
- La priorité accordée au VIH-sida par rapport aux autres besoins communautaires
- Le contact proche avec le VIH-sida, par exemple le fait d'avoir un membre de la famille ou un ami séropositif

Etape 3 : récapitulation de l'élaboration de plans stratégiques Action, ressources et résultats

Pour élaborer des plans stratégiques réalistes et efficaces, il est nécessaire de prendre en considération, dans la définition des priorités, l'état de l'épidémie, le niveau et le caractère approprié de l'intervention actuelle, la capacité d'absorption des systèmes et infrastructures à répondre en profondeur et en particulier le niveau d'intervention qui contribuera à freiner la propagation de l'épidémie. Les planificateurs de programmes peuvent prendre en considération, dans le processus de planification stratégique, les méthodes les plus performantes et les enseignements tirés des réponses internationales et régionales au VIH-sida. Ces facteurs peuvent étayer l'élaboration d'innovations et apporter des améliorations aux programmes en cours.

Un volet extrêmement important de la planification stratégique est l'élaboration de scénarios budgétaires. Les planificateurs de programmes doivent classer par ordre de priorité les plans et les volets de chaque plan conformément aux fonds et ressources

disponibles. Ce type de définition des priorités permettra de dégager un consensus sur les interventions prioritaires et sur les fonds et ressources disponibles pour leur exécution.

Outre l'élaboration de scénarios budgétaires, il est également indispensable de concevoir un plan de suivi et d'évaluation. La conduite du suivi et l'évaluation permet d'effectuer des examens périodiques importants des indicateurs de référence primordiaux et de concevoir une stratégie de mise à jour du plan, si nécessaire.

Le plan stratégique national servira de cadre d'appui pour les plans locaux/sectoriels. Si les catégories d'activités des plans locaux peuvent être similaires à celles du plan national, le volume de détail augmentera à l'échelon local/sectoriel en raison de la plus grande spécificité de la planification de l'exécution à ce niveau. Les plans locaux/sectoriels comporteront des activités claires, auront des délais précis, identifieront les acteurs spécifiques et leurs rôles et, enfin, présenteront en détail des budgets concrets et les sources de financement.

Planification stratégique d'une IIGE

Etape 4 : mobilisation des ressources

On semble clairement s'entendre sur le fait que les ressources disponibles à ce jour pour les programmes de lutte contre le VIH-sida ont été largement insuffisantes pour permettre une réponse efficace. Des crédits budgétaires plus importants doivent être accordés à la lutte contre le VIH-sida, par tous les gouvernements nationaux, et à tous les niveaux. En outre, le secteur privé de chaque pays doit s'organiser afin de soutenir et de financer les programmes de soins et de prévention du VIH-sida.

D'importantes initiatives sont apportées depuis l'an 2000 pour accroître les fonds accordés aux programmes de soins et de prévention du VIH-sida. Ces initiatives sont notamment :

- Des programmes de financement international et multilatéral, par exemple le Partenariat international de lutte contre le sida en Afrique
- L'augmentation considérable du soutien financier apporté par des bailleurs de fonds bilatéraux, comme l'USAID
- Des initiatives du secteur privé, comme par exemple la Fondation Melinda et Bill Gates et des compagnies pharmaceutiques internationales, pour la production d'antirétroviraux (ARV) fournis à un coût sensiblement réduit

- Des programmes d'allègement de la dette, comme Jubilé 2000 et le Programme de la Banque mondiale pour l'allègement de la dette des pays pauvres très endettés

Récemment, les engagements budgétaires des pays africains affectés au VIH-sida ont commencé à augmenter. En avril 2001, lors du Sommet d'Abuja sur le VIH-sida, les dirigeants africains ont pris l'engagement de dépenser 15 % de leur produit national brut (PNB) aux soins de santé et à l'intervention de lutte contre le VIH-sida. Des organismes de financement multilatéraux et bilatéraux exigent désormais un plus grand engagement politique et budgétaire de la part des partenaires mêmes des pays en développement, engagement qui peut revêtir diverses formes. Par exemple, les programmes d'allègement de la dette libèrent des ressources que les pays employaient à rembourser le service de la dette pour financer des services d'éducation, de santé et autres services sociaux, y compris le VIH-sida. A mesure qu'un plus grand nombre de pays décentralisent la planification et la gestion des services de santé, les gouvernements locaux sont chargés d'affecter des ressources budgétaires au VIH-sida et à la recherche de mécanismes d'amortissement des coûts des services pertinents, notamment le dépistage du VIH, la distribution de préservatifs et la livraison de médicaments palliatifs. Les pays se tournent de plus en plus vers le secteur privé pour obtenir un soutien financier et créer des partenariats pour l'exécution des programmes.

Questions d'exécution primordiales pour la planification stratégique d'une IIGE

Les équipes de planification peuvent adapter leurs plans stratégiques existants de soins et de prévention du VIH-sida à la planification stratégique d'une IIGE. Les planificateurs peuvent examiner les étapes de planification stratégique d'une IIGE qui sont décrites plus haut et les comparer à leurs propres plans. L'encadré qui suit énumère les questions primordiales à prendre en considération dans l'élaboration et l'exécution de la planification stratégique d'une IIGE. Ces questions s'appliquent à la planification tant nationale que locale/sectorielle.

Questions d'exécution primordiales à prendre en considération dans la planification stratégique d'une IIGE

Examen des étapes de la planification stratégique d'une IIGE :

- Quels sont les aspects de l'évaluation de la situation qui peuvent être améliorés ? En sélectionner un à des fins d'action immédiate.
- Quels sont les aspects de l'évaluation de l'intervention qui peuvent être améliorés ? En sélectionner un à des fins d'action immédiate.
- Les groupes PVS participent-ils suffisamment aux programmes de prestation de services ?
- Quels sont les aspects de la planification stratégique qui peuvent être améliorés ? Les actions prioritaires, les ressources requises et les résultats escomptés ont-ils été clairement identifiés ?
- Les actions sont-elles classées par priorité en appliquant différents scénarios budgétaires — par exemple financement de niveau élevé, moyen, et faible ?

Evaluation de la participation à la planification stratégique d'une IIGE :

- Quelles sont les stratégies qui ont été appliquées pour la mobilisation des ressources ? Quelles sont les informations ou les moyens nécessaires pour améliorer les efforts de mobilisation de ressources ?
- Des systèmes ou structures ont-ils été établis pour décupler la planification stratégique de soins et de prévention du VIH-sida à l'échelon communautaire ? Les membres du personnel ont-ils les compétences requises pour cet objet ?
- Les partenariats à l'échelon national et régional comprennent-ils des ONG et des organisations du secteur privé ?
- Quels sont les enseignements tirés des travaux précédents pour essayer d'assurer une participation suffisante au processus de planification stratégique ?
- Les PVS participent-elles suffisamment à la planification stratégique ?

Evaluation de l'état actuel de la planification stratégique d'une IIGE :

- Un plan stratégique national pour répondre au VIH-sida a-t-il été approuvé ?
- Un Plan national de réponse aux orphelins et enfants vulnérables du pays a-t-il été approuvé ?
- Le pays dispose-t-il de plans stratégiques sectoriels ? Sont-ils mis en œuvre ?
- Existe-t-il dans le pays une coalition du secteur privé organisée à l'échelon national ? Dispose-t-elle d'un plan stratégique ?
- Les districts ont-ils élaboré des plans stratégiques d'intervention contre le VIH-sida ?
- La planification stratégique d'intervention contre le VIH-sida à l'échelon communautaire est-elle en cours de réalisation ?

Liste de lectures complémentaires

African Development Forum. Lessons Africa Has Learnt in 15 Years of Responding to HIV/AIDS (bilan des enseignements de l'Afrique en 15 ans d'intervention contre le VIH-sida). Document de travail. Rapport non publié du Forum africain de développement, 3-7 décembre 2000. Addis-Abeba, Ethiopie.

African Development Forum. The African Consensus and Plan of Action : Leadership to Overcome HIV/AIDS (consensus et plan d'action africain : initiative pour lutter contre le VIH-sida). Rapport non publié du Forum africain de développement, 3-7 décembre 2000. Addis-Abeba, Ethiopie.

African Development Forum. Theme 3 : Scaling up to Responses to HIV/AIDS (thème 3 : amplification des réponses au VIH-sida). Rapport non publié du Forum africain de développement, 3-7 décembre 2000. Addis-Abeba, Ethiopie.

Bonnel R. Costs of Scaling HIV/AIDS (coûts de l'ampleur du VIH-sida). Activités de programme à un niveau national en Afrique subsaharienne. Rapport non publié. Londres, Angleterre : Banque mondiale, 2000

Chan C, Moodie R, Goodridge G, HIV/AIDS, Prevention and Care in Resource Constrained Settings : A Handbook for the Design and Management of Programs (VIH-sida, prévention et soins dans des régions aux ressources limitées : manuel de conception et de gestion de programmes). Arlington, VA : Family Health International, décembre 2001.

Community Mobilization and AIDS : UNAIDS Technical Update (la mobilisation communautaire et le sida : mise à jour technique de l'ONUSIDA). UNAIDS Best Practice Collection : Technical Update. Genève, ONUSIDA, avril 1997.

Division développement de la gestion et gouvernance, Bureau de la politique du développement, PNUD. 1998 Capacity Assessment and Development in a Systems and Strategic Management Context (évaluation et mise en valeur des capacités dans un contexte de gestion systémique stratégique). Document de consultation technique No. 3.

Kelly MJ. The impact of HIV/AIDS on Schooling in Zambia (les effets du VIH-sida sur la scolarité en Zambie). ICASA, septembre 1999.

Lamboray JD. Local Responses to HIV/AIDS : The Global Agenda : UNAIDS Local Response (Interventions locales de lutte contre le VIH-sida : le calendrier mondial : intervention locale de l'ONUSIDA) — discours thématique. Genève, ONUSIDA.

Local Responses to HIV/AIDS (Réponses locales au VIH-sida). Note technique No. 1. Démarche stratégique pour une société compétente à l'égard du SIDA. Genève, ONUSIDA (adapté de Kelley MJ, Les effets du VIH-sida sur la scolarité en Zambie, ICASA, septembre 1999).

ONUSIDA. The International Partnership on AIDS in Africa (le partenariat sur le sida en Afrique). Mise à jour. Genève : ONUSIDA, novembre 2000.

Programme VIH et développement, PNUD. Mainstreaming the Policy and Programming Response to the HIV Epidemic (intégration de l'intervention stratégique et de programme à l'épidémie de VIH). Etude analytique No. 33, 2000.

Question No. 1 de l'étude de cas

Quelles sont les stratégies qui peuvent être utilisées pour suivre le succès/l'échec d'une démarche de redémarrage en matière de planification stratégique et de l'exécution des projets dans la région/le pays ?

Réponses possibles :

- Nombre d'ONG qui continuent à travailler pour le programme pendant tout le cours des années 1 et 2.
- Qualité et cohérence de l'exécution et taux d'expansion des sites géographiques et des populations couvertes.
- Capacité des membres du personnel des ONG à devenir formateurs.
- Indicateurs de résultats et d'accomplissements qui mesurent les changements d'attitude et de comportement des populations visées.

Etude de cas

Etude de cas : Redémarrage au Nigeria : planification stratégique d'une IIGE

Au cours de l'an dernier, le financement extérieur des programmes de prévention et soins du VIH a progressé rapidement au Nigeria, créant des pressions sur les organismes d'exécution pour amplifier les programmes et renforcer les capacités d'exécution. Etant donné que le Nigeria est le pays le plus peuplé d'Afrique, le sort de son combat vis-à-vis du sida présente un intérêt particulier pour les programmes de lutte contre le SIDA, à l'échelle mondiale et à l'échelle de l'Afrique. En 2000, le taux de séroprévalence était au Nigeria d'environ 5 % et le risque d'une épidémie incontrôlable, comme en Afrique du Sud, semblait élevé.

Au cours de la même année, FHI a été chargée par l'USAID d'amplifier ses travaux de soins et de prévention dans quatre états prioritaires ainsi que son champ d'action dans les communautés les plus vulnérables de ces états. Un engagement financier annuel de 1 million de dollars US par état a été fourni pour couvrir les dépenses sur le terrain. FHI a déterminé qu'elle ne pouvait pas appliquer son démarche d'élaboration de projets habituelle, étant

donné que l'élaboration des douzaines de projets requis pour la mise en œuvre d'une réponse approfondie de soins et de prévention risquait de demander plus d'un an.

Un modèle de redémarrage a été mis au point pour accélérer le processus. En six mois seulement, des programmes pour les quatre états ont été mis sur pied et 52 sous-projets ont été lancés, fondés sur une série d'évaluations rapides et approfondies, d'ateliers à l'intention des intéressés et une formation à l'élaboration de propositions à l'intention des partenaires d'exécution locaux. Cette démarche de redémarrage a été conçue de manière à :

- Assurer la cohérence et le contrôle de la qualité pendant la phase d'élaboration des projets.
- Renforcer les capacités des partenaires d'exécution et leur organisation en réseaux.
- Accélérer la vitesse acquise d'un programme par le lancement simultané d'une série de projets se renforçant mutuellement.

Le modèle du Nigeria est une méthode de définition progressive des populations et sites à couvrir en priorité, renforçant peu à peu la participation locale et le contrôle du processus et des produits de planification stratégique. Ce modèle se composait de six éléments successifs :

- Une étude théorique menée à l'échelon national.
- Une évaluation rapide menée à l'échelon de l'état (ou de la province).
- Une évaluation approfondie menée à l'échelon du gouvernement local.
- Un atelier à l'intention des intéressés.
- Un atelier de planification stratégique.
- Un atelier d'élaboration de sous-projets.

Cette élaboration de projets rapides comportait un certain élément de risque en raison de nombreux facteurs : examen insuffisant des capacités des partenaires ; temps restreint pour bâtir les capacités d'ONG qui puissent gérer les finances et les activités et, aussi, possibilité d'erreurs stratégiques dans la sélection rapide des zones géographiques et des populations. FHI a été en mesure de rassurer le bailleur de fonds que des précautions suffisantes avaient été prises pour réduire au minimum le risque, notamment la conduite sur place de contrôles financiers des institutions locales avant l'adjudication de fonds.

Question No. 2 de l'étude de cas

Quels sont les problèmes et les défis auxquels on peut s'attendre lors de la conception d'une démarche de redémarrage pour une région ou un pays ?

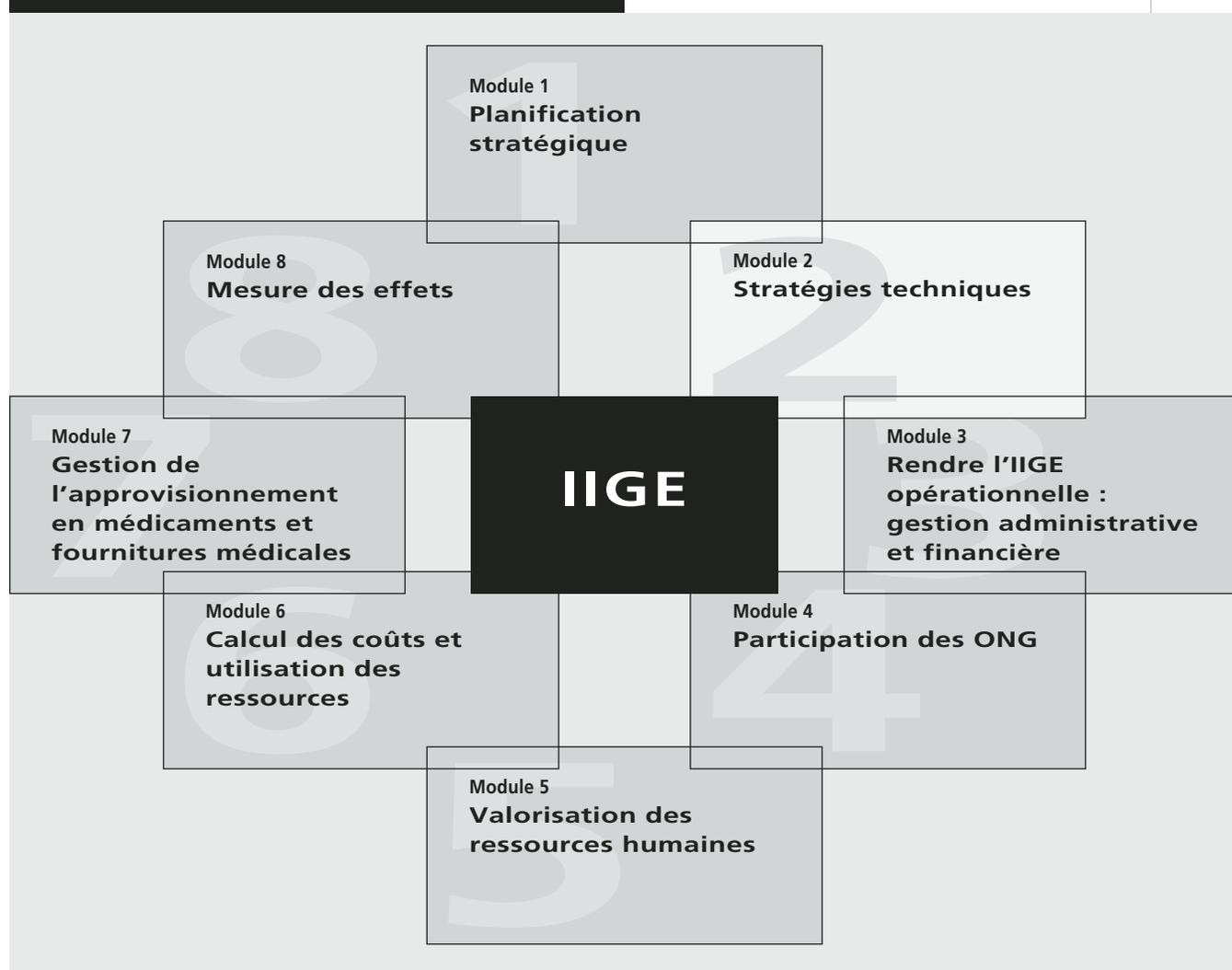
Réponses possibles :

- Certains des participants n'ont pas d'expérience de la rédaction de propositions.
- Les participants n'ont pas tous le même niveau d'expérience en ce qui concerne l'élaboration de projets et de la rédaction de propositions.
- Les équipes ont tendance à surestimer leur capacité d'exécution, les populations et les sites géographiques qu'ils proposent de couvrir, ainsi que leur budget.
- Un volume considérable d'échange d'informations est nécessaire avant de parvenir à un budget et un programme d'activités mutuellement satisfaisants.
- Parfois, les partenaires d'exécution n'ont jamais mis à exécution de programmes de prévention du VIH ou reçu de formation aux principes préventifs de base avant la conduite d'un atelier de planification.
- Les ressources financières sont limitées.
- Les ressources humaines sont limitées.
- Il existe des problèmes de communication dans les régions disposant de ressources insuffisantes.

Module 2

Stratégies techniques

Éléments d'une intervention intégrée
et à grande échelle



Aperçu

- Quelles sont les interventions techniques appropriées pour une IIGE compte tenu :
 - Du niveau et du type d'épidémie ?
 - Des besoins de programmes ?
 - Des ressources disponibles ?
- Sur les stratégies techniques utilisées à l'échelon international et national, quelles sont les plus :
 - Efficaces et réussies ?
 - Economiques ?
 - Durables ?

Depuis les deux décennies qui ont suivi l'apparition du VIH, la communauté mondiale a perfectionné des stratégies techniques fondamentales de prévention du VIH-sida et de soins de ceux qui vivent avec cette infection. Ces stratégies peuvent certainement affecter la transmission et l'atténuation, comme le prouvent de nombreux projets pilotes et de démonstration de petite échelle et quelques programmes de niveau national. L'étape décisive suivante des stratégies d'affectation de l'épidémie consiste à aller au-delà des projets pilotes et de démonstration, élargissant ainsi le champ d'action à l'échelon local, régional et national. A cette fin, les directeurs et planificateurs de

programmes doivent aborder les questions primordiales énumérées plus haut.

- Le module 2, stratégies techniques pour une IIGE :
- Décrit la synergie d'engrenage des interventions techniques, notamment :
 - La combinaison des interventions techniques primordiales ;
 - Le regroupement des interventions à des fins de prévention spécifique ; et
 - L'intégration des interventions techniques aux autres services et secteurs.
 - Examine les questions de IIGE pour la mise en œuvre de stratégies techniques de prévention, de soins et de soutien.
 - Présente des questions primordiales portant sur différents aspects de l'exécution des stratégies techniques IIGE.
 - Fournit des références et ressources à titre de lecture complémentaire.

Les interventions ciblant les particuliers ont fait preuve de succès. Mais le comportement individuel est fortement influencé par des facteurs d'ordre plus général, comme les normes sociales, l'accès aux programmes et services, les influences socio-économiques et la politique publique. Pour que les

Stratégies techniques IIGE

Prévention	Soins et soutien
<ul style="list-style-type: none"> ■ Communication pour changer les comportements (CCC) ■ Promotion et offre de préservatifs ■ Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) ■ Conseil et dépistage volontaire (CDV) ■ Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TME) ■ Protection sanguine ■ Réduction du danger pour les consommateurs de drogue par voie intraveineuse (CDI) ■ Réduction de la déconsidération 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins cliniques <ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement clinique des infections opportunistes et des maladies associées au VIH, y compris la thérapie de prévention ■ Prévention et contrôle de la tuberculose ■ Traitement antirétroviral (TAR) ■ Soins à domicile ■ Soins palliatifs ■ Soutien psychologique ■ Réduction de la déconsidération ■ CDV ■ Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ■ Soutien juridique ■ Programmes de nutrition ■ Programmes de micro-entreprise et de formation de revenu

programmes de lutte contre le VIH-sida soit réussis et durables, les interventions doivent avoir lieu à des niveaux multiples afin d'influencer les normes individuelles et sociétales, améliorer l'infrastructure sanitaire et alléger les contraintes structurelles et environnementales qui nuisent à la prévention et aux soins. Les programmes efficaces sont conçus en fonction des conditions locales, adaptés au stade de l'épidémie, réceptifs aux besoins des bailleurs et des pays hôtes et sont orientés vers la réalisation d'objectifs stratégiques.

Les éléments techniques indispensables à la prévention et aux soins du VIH qui ont été mis en œuvre avec efficacité au cours des deux dernières décennies sont présentés dans l'encadré qui figure à la page 22. Les interventions sont regroupées en deux catégories qui se renforcent mutuellement : la prévention, et les soins et soutien.

Synergie d'engrenage d'interventions techniques pour soutenir les buts IIGE

La présente section examine trois moyens de soutenir les buts IIGE en reliant les interventions techniques : 1) combinaison d'interventions techniques fondamentales ; 2) regroupement d'interventions pour un type spécifique de prévention, et 3) intégration d'interventions techniques à d'autres services et secteurs.

Synergie d'engrenage d'interventions techniques pour une IIGE : combinaison d'interventions techniques fondamentales

Les interventions techniques pour l'exécution de programmes de prévention, de soins et de soutien ne peuvent pas être conduites séparément. Les besoins communautaires en matière de prévention, de soins

Conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV)		
Intervention	Buts des programmes	Programmes et services requis
CDV	Promouvoir le changement de comportement (réduire les comportements à risque)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services CDV de haute qualité, accessibles, peu coûteux, acceptés et utilisés ■ Communication pour changer les comportements (CCC) ■ Cadre et politiques favorables ■ Produits préventifs disponibles (préservatifs, aiguilles, seringues) ■ Services de qualité dans la lutte contre les MST ■ Information des groupes vulnérables ■ Clubs post-dépistage ■ Prévention de la déconsidération
	Assurer des soins et un soutien approfondis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services de soins médicaux, infirmiers et à domicile pour s'occuper des problèmes courants et fournir des conseils nutritionnels ■ Traitements ARV selon les besoins (stade d'infection, programme TME) ■ Soutien psychologique de suivi ■ Prophylaxie des infections courantes (bactériennes et tuberculose) ■ Aide sociale aux clients et familles indexées ■ Clubs post-dépistage ■ Prévention de la déconsidération ■ Soutien spirituel

Gestion des maladies sexuellement transmissibles (MST)

Intervention	But des programmes	Programmes et services requis
Lutte contre les MST	Réduire la prévalence des MST	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services de traitement des MST, de haute qualité, accessibles, acceptés et utilisés ■ CCC ■ Produits préventifs disponibles (préservatifs, médicaments) ■ Information des groupes à risque élevé et vulnérables ■ Cadre et politiques favorables ■ Orientation vers le CDV ■ Services laborantins de qualité à des fins de surveillance et formulation de principes directeurs ■ Prévention de la déconsidération

et de soutien sont généralement exprimés en même temps et sont le mieux pris en compte par une réponse approfondie comportant une combinaison d'interventions. De plus, la combinaison d'interventions techniques aura normalement des répercussions plus marquées sur l'ensemble de l'épidémie. L'effet multiplicateur d'interventions techniques qui se renforcent les unes les autres peut accroître au maximum les avantages. Suivant les buts du programme et la situation de l'épidémie, différentes catégories de population peuvent être spécifiques à l'aide de combinaisons différentes d'interventions techniques. Trois exemples montrant comment les interventions techniques fondamentales peuvent être à la fois interdépendantes et complémentaires pour ce qui est du CDV, de la gestion thérapeutique des MST et des soins à domicile figurent dans les encadrés ci-après.

Conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV)

Le CDV est une stratégie indispensable de prévention du VIH-sida et de synergie des soins, procurant des avantages à ceux qui sont testés séropositifs et ceux qui sont testés séronégatifs. Pour que le CDV soit efficace, des services de conseil et de dépistage de haute qualité doivent être mis en place et la communauté doit percevoir ces services comme étant dans son intérêt. La promotion du CDV pour changer les comportements, à titre de stratégie préventive uniquement, aura un effet limité si elle n'est pas accompagnée de services de qualité et/ou d'aiguillage des particuliers qui sont testés

séropositifs vers les services de soins requis. Par exemple, le recours au CDV pour détecter les particuliers séropositifs en vue d'empêcher la transmission de la mère à l'enfant (TME), sans prévoir d'interventions pour changer les comportements n'applique pas pleinement la stratégie CDV et aura moins d'effet. Pareillement, l'apport de conseils à un particulier séropositif sur les manières d'empêcher la poursuite de la propagation du VIH sans aborder les besoins psychologiques et médicaux de la personne aura un effet limité.

Gestion des maladies sexuellement transmissibles (MST)

La gestion thérapeutique des MST est une stratégie fondamentale de la prévention du VIH étant donné que les MST augmentent la susceptibilité des particuliers au VIH — et de ce fait leur risque de devenir infectés. Les comportements qui rendent les particuliers vulnérables aux MST les rendent aussi vulnérables au VIH. Une synergie de prévention et de soins où des messages, tels que le recours au préservatif, sont transmis par le biais de services de traitement de qualité, sans parti pris, aide les particuliers à devenir plus réceptifs au besoin de se prémunir contre les risques.

Soins à domicile

Les soins à domicile sont une stratégie d'intervention qui vise à alléger le fardeau d'un système de soins déjà surchargé en dispensant des soins aux personnes qui vivent avec le VIH-sida (PVS) à domicile ou dans la communauté. Les PVS ont des

Soins à domicile		
Interventions	But des programmes	Programmes et services requis
Soins à domicile	Améliorer la qualité de vie des familles affectées par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prestataires de soins familiaux formés ■ Personnel bénévole formé ■ Supervision assurée régulièrement par un centre sanitaire proche ■ Disposition à domicile d'une trousse d'infirmier, avec médicaments ■ Liens avec des activités de sécurité alimentaire et de conseil en nutrition

avantages psychologiques clairs à se faire soigner à domicile : c'est un cadre de confiance qui leur fournit l'occasion de discuter de la prévention et des soins avec toute la famille. Le personnel bénévole procurant des soins à domicile jouit souvent d'un grand respect dans la communauté et peut mobiliser les populations à se prémunir et à se faire soigner.

Lors de l'élaboration d'une IIGE, les interventions techniques peuvent être combinées sous des formes différentes, compte tenu des buts du programme et des populations affectées ou spécifiques. Il est important d'examiner les stratégies techniques les mieux adaptées aux différents niveaux (individuel, familial, communautaire et sociétal), en reconnaissant qu'au centre de tous les travaux sur le sida se situe la personne concernée et la famille. Les besoins individuels et familiaux ne se limitent pas à une catégorie d'intervention ; ils exigent des programmes de prévention, des activités de soins et soutien et des stratégies destinées à atténuer les effets de l'épidémie. Toutes les interventions doivent être intégrées aux systèmes et structures de soins et de services sociaux.

Synergie d'engrenage d'interventions techniques pour une IIGE : Regroupement d'interventions techniques pour un type de prévention spécifique

Le regroupement d'interventions techniques pour répondre aux besoins des particuliers, des familles, des communautés et de la société, articulées autour de populations cibles spécifiques, s'est avéré une réussite. Les concepts de prévention spécifique sont décrits dans l'encadré figurant à droite.

Il semble de plus en plus évident que le moyen le plus efficace de freiner la propagation de l'épidémie

Concepts de prévention spécifique

- Le VIH se propage plus rapidement chez les personnes à risque plus élevé et à vulnérabilité plus grande (CDI, travailleurs du sexe (TS) et leurs clients, travailleurs extrêmement mobiles).
- La transmission du VIH dans des populations à plus faible risque peut être empêchée en interrompant la transmission entre les populations à risque plus élevé et les populations relais.
- Les ressources de prévention devraient être plus fermement orientées vers les populations à risque plus élevées ou plus vulnérables.
- Le ciblage est l'utilisation économique de ressources de prévention restreintes.
- Le ciblage est plus efficace lorsqu'il est associé à des programmes visant à changer les normes sociales.

est de réduire la transmission de l'infection chez ceux qui changent le plus fréquemment de partenaire. En empêchant l'infection de se diffuser chez ceux qui changent le plus fréquemment de partenaire, qu'il s'agisse de rapports sexuels ou d'injection de drogues, on empêche beaucoup d'autres infections secondaires ultérieures.

Les interventions spécifiques ont entraîné la réduction avec succès du risque et ont abaissé les niveaux d'infection par le VIH.

- Une intervention spécifique auprès de travailleurs du sexe à Abidjan, qui combinait la CCC avec le recours au préservatif et les services de prévention et de soins des MST, a signalé que

Regroupement d'interventions techniques pour une prévention spécifique

Intervention	But des programmes	Programmes et services requis
Vulgarisation de programmes VIH-sida à l'échelon des écoles, s'adressant aux jeunes déscolarisés	Réduire la transmission du VIH chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> ■ CCC, services de prévention et soins des MST conçus pour les jeunes, programmes sur l'utilisation des préservatifs, stratégies en harmonie avec le Ministère de l'Education, OEV
Programme approfondi dans les principaux centres de transport pour atteindre les travailleurs migrants, les travailleurs des services de transport et les travailleurs du sexe	Réduire la transmission chez les populations qui se déplacent	<ul style="list-style-type: none"> ■ CCC, services de prévention et soins des MST, programmes sur l'utilisation des préservatifs, CDV, OEV, contrôle clinique des infections opportunistes (IO), politique s'appliquant aux lieux de travail

l'utilisation des préservatifs entre les travailleurs et leur dernier client était passée de 63 % en 1991 à 91 % en 1997 (Ghys et al. 1998).

- Le programme thaïlandais sur l'utilisation des préservatifs à 100 % s'est accompagné d'une augmentation de 14 à 84 % du recours à cette méthode de prévention chez les travailleurs du sexe (Hananberg et al. 1994). Ce programme a créé une incitation auprès des maisons de prostitution à avoir recours aux préservatifs, le gouvernement leur faisant payer une amende si leurs travailleuses du sexe étaient testées séropositives. Cette politique a été renforcée par l'imposition par la loi de mesures régulières de dépistage et de traitement des MST, la fourniture de préservatifs et une campagne de communications approfondie.
- En Afrique du Sud, la vente de préservatifs est restée faible chez les femmes à risque élevé d'une communauté minière, malgré l'introduction d'un programme de commercialisation sociale des préservatifs. Les femmes ont signalé qu'elles étaient lassées de recevoir des messages sur l'utilisation du préservatif alors que d'autres questions de santé n'étaient pas prises en compte. Avec l'introduction de services de prévention et soins des MST à l'intention des femmes, l'utilisation du préservatif a commencé à se diffuser parmi elles (Steen et al. 2000).

Par suite de ces interventions spécifiques, les infections observées sont devenues moins nombreuses, non seulement dans les populations

visées, mais en outre dans les populations relais et générales.

Pour appliquer ce concept d'intervention spécifique, il est nécessaire de repérer, à l'échelle nationale, provinciale ou d'état, les sous-populations où le comportement à risque est le plus concentré et qui sont les plus vulnérables. Mais les travailleurs du sexe et leurs clients, les CDI et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) seront normalement les groupes prédominants de sorte que les sous-populations devront être sélectionnées compte tenu des données locales.

Le tableau ci-dessus met en valeur des exemples de moyens pour combiner des stratégies techniques afin d'atteindre les buts spécifiques des programmes.

Indépendamment de l'état de l'épidémie, les pays ont pour haute priorité de démultiplier et de fournir rapidement des services de prévention, de soins et de soutien à la majorité des particuliers qui présentent les risques les plus élevés. Des projets pilotes ont démontré l'efficacité des interventions spécifiques

Questions d'exécution primordiales pour une prévention spécifique

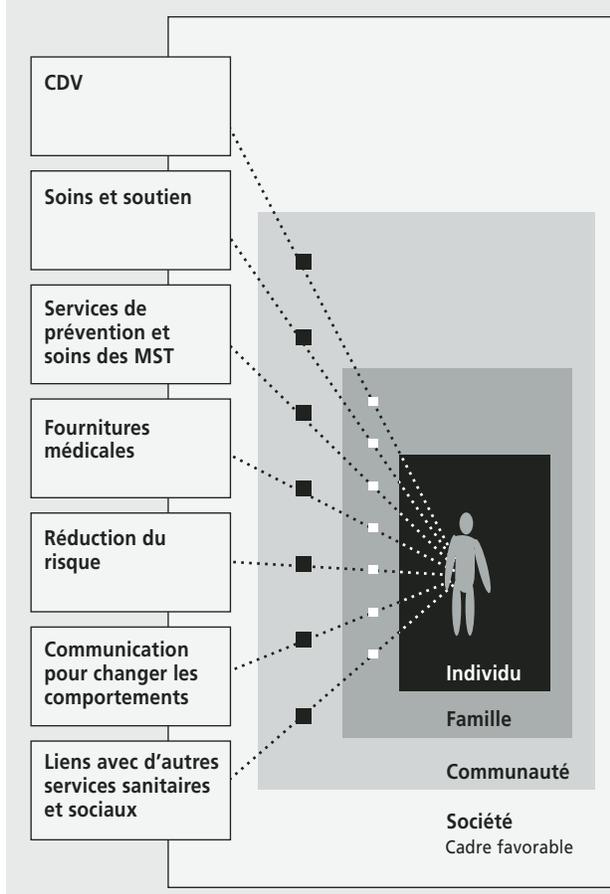
- Existe-t-il des interventions spécifiques s'adressant aux groupes à risque élevé ?
- S'il existe de telles interventions, quels services prévoient-elles ?
- Dans quelle mesure les groupes à risque élevé sont-ils pris en compte ?
- Quels sont les partenaires qui élargissent la prise en compte des groupes à risque élevé ?

mais, dans la plupart des cas, les populations à risque élevé ont été peu prises en compte.

Lien entre la prévention et les soins

A mesure que les personnes séropositives tombent périodiquement malades, les services dont elles ont besoin changent. La prestation de soins exhaustifs ininterrompus, allant des services à domicile et communautaires aux services institutionnels et vice-versa, permettra de répondre aux besoins spécifiques des clients et de leur famille. Des systèmes d'aiguillage efficaces ont été mis au point pour assurer que les personnes qui vivent avec le VIH-sida peuvent bénéficier des divers services communautaires et institutionnels disponibles. Ces services fournissent des soins complets et un soutien pendant le cours de l'infection et de la maladie. Le tableau qui suit fait ressortir les stratégies techniques nécessaires pour répondre aux besoins d'une communauté affectée par le VIH-sida.

Besoins de la communauté en programmes de prévention, de soins et de soutien



Intégration de la prévention spécifique aux autres services et secteurs

Programme/ système	Activités liées au VIH-sida
Education	Inclusion du VIH-sida dans les programmes d'études, les activités scolaires, la vulgarisation communautaire, les clubs du SIDA
Services avec personnel en uniforme	Intégration de la formation de base et en cours d'emploi, sensibilisation entre égaux, services de prévention et soins des MST, distribution de préservatifs, vulgarisation communautaire, CDV
Agriculture	Intégration de la formation des vulgarisateurs agricoles, révision de la politique agricole, sensibilisation entre égaux et questions de sécurité alimentaire
Syndicats/ associations	Activités de sensibilisation entre égaux, aiguillage vers les services requis
Lieu de travail	CCC locale, défense des intérêts auprès du gouvernement, services de prévention des MST, services de soins et de soutien, CDV
Personnel	Programmes de formation révisés, intégration du VIH-sida aux initiatives de formation existantes, politique générale
Santé	Santé reproductive, système de soins de santé primaires, formation des prestataires de soins
Organisations féminines	CCC, programmes de formation, soins et soutien, CDV
Organisations de jeunes	CCC, programmes de formation, soins et soutien, aiguillage vers les services requis

Synergie d'engrenage d'interventions techniques pour la méthode 3 de IIGE : intégration de la prévention spécifique aux autres services et secteurs

Les efforts de prévention du VIH-sida sont plus efficaces lorsque les programmes et les activités sont intégrés dans les grandes infrastructures existantes qui couvrent un large éventail de secteurs. En combinant l'exécution des interventions VIH-sida avec d'autres secteurs, au lieu d'amplifier indépendamment ce type d'interventions, les coûts peuvent être comprimés, l'efficacité améliorée et la viabilité maintenue. Mais les possibilités d'intégration des programmes VIH-sida aux autres services, notamment l'éducation, la santé génésique, la planification familiale et l'éducation sexuelle, n'ont pas toujours été parfaitement exploitées par les pays (Watts et Kumaranayake 1999). Outre l'intégration à l'échelon du secteur public, l'intégration s'avère aussi nécessaire à l'échelon des groupements de société civile, comme par exemple les syndicats, les associations de jeunesse et les associations de femmes.

Le tableau qui figure à la page 27 montre comment certains efforts de lutte contre le VIH ont été intégrés à des programmes, systèmes et structures en existence.

Questions d'exécution primordiales pour l'intégration des populations visées aux autres services et structures

- Quels sont les systèmes et structures qui existent pour servir de grands nombres de particuliers ?
- Quels sont les mécanismes en place pour favoriser les liens entre les secteurs ?
- Quels sont les instruments nécessaires pour soutenir l'intégration dans chaque secteur ?
- Quels sont les instruments qui existent déjà ?
- Quelles seront les ressources humaines nécessaires pour permettre cette intégration ?
- Comment le problème du VIH-sida sera-t-il intégré à l'échelon de la planification nationale et sectorielle ?

Questions liées à l'exécution de stratégies techniques de prévention dans le cadre d'une IIGE

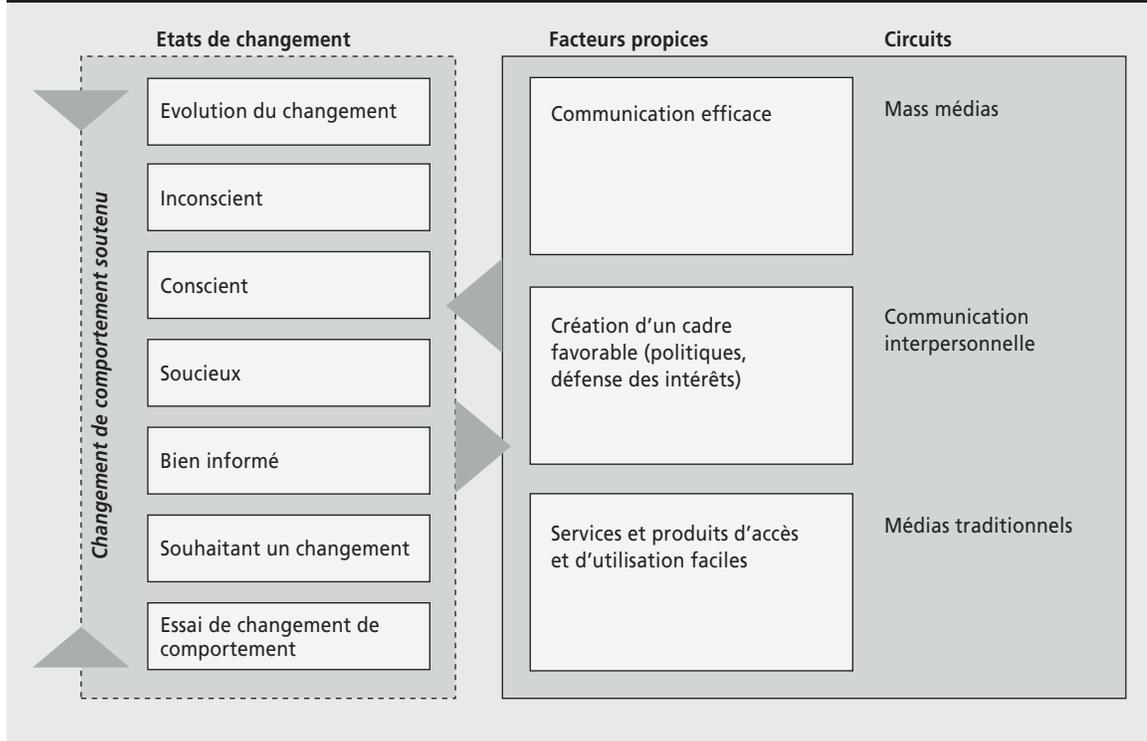
Huit stratégies techniques de prévention dans le cadre d'une IIGE sont présentées et examinées dans cette section : CCC, promotion de l'utilisation des préservatifs, services de santé sexuelle, protection sanguine, CDV, TME, réduction du risque et prévention de la déconsidération.

Première stratégie technique de prévention : Communication pour changer les comportements (CCC)

Le changement des comportements individuels et communautaires est un élément indispensable à la prévention du VIH. La CCC joue cinq rôles différents, mais interdépendants, dans les programmes pour lutter contre le VIH-sida et les MST.

- **Le dialogue communautaire** stimule les discussions à l'échelon communautaire et national sur les facteurs qui favorisent le VIH-sida, comme les comportements à risque et les conditions qui provoquent ces comportements, ainsi que sur la demande d'informations et de services de prévention, de soins et de soutien.
- **La défense des intérêts** assure que les responsables gouvernementaux et les principaux chefs d'opinion sont tenus au courant de l'épidémie. La défense des intérêts s'exerce à l'échelon national et à l'échelon communautaire.
- **L'information et l'éducation** fournissent aux particuliers des connaissances élémentaires dans une langue et avec des supports visuels ou autres moyens de communication qu'ils peuvent comprendre, et motivent un changement de comportement positif.
- **Le discrédit.** La CCC transmet le problème de discrédit et essaie d'influencer l'intervention de la société dans toutes les communications à l'égard de la prévention et des soins. Cet aspect est un élément particulièrement important de la CCC.
- **La promotion des services et des produits.** La CCC fournit des informations en faveur des programmes et services de lutte contre le VIH-sida et les MST. Les services peuvent inclure le traitement des MST, le CDV, les groupes de soutien, les réseaux PVS, les OEV, la TME, les soins cliniques des IO, les traitements antirétroviraux et, enfin, le soutien économique et social.

Programme de communications pour changer le comportement



Des messages concordants provenant de diverses sources légitimes doivent être disséminés sous forme interactive pour influencer le changement de comportement. Le graphique figurant à la page suivante fait ressortir l'évolution des comportements du fait de la communication.

Des interventions de prévention du VIH visent à changer le comportement individuel, mais des interventions menées à l'échelon communautaire et sociétal ont été mises au point pour changer les normes et comportements à l'échelon du groupe. Il est indispensable de soutenir et de promouvoir la CCC aux niveaux individuel et de groupe.

L'expérience a montré que, si le risque du VIH peut progresser rapidement dans une communauté ou un pays donné, les attitudes favorables à la prévention et les comportements préventifs tendent en général à ne pas suivre le pas. Les mass médias jouent un rôle important pour favoriser les changements d'attitude et encourager les populations à adopter des comportements moins dangereux. Lorsque les comportements ne suivent pas le pas des connaissances, on peut avoir recours à la communication de masse pour stimuler le dialogue sur les comportements à risque et les situations à risque propres à une communauté.

Les campagnes CCC sont préparées à l'aide de méthodes pour faire changer les comportements et sont adaptées de manière à répondre aux différents stades de l'épidémie, étant donné que les sous-groupes (publics cibles) de la population peuvent se situer à des niveaux différents de l'évolution des comportements. Les publics cibles peuvent être divisés, des campagnes CCC étant mises au point pour chaque groupe particulier. Pour qu'une IIGE soit efficace, une campagne CCC de niveau national doit cibler des groupes spécifiques à l'aide de messages et d'interventions de qualité.

Le discrédit est un problème crucial à aborder lors de la préparation de campagnes CCC. Le discrédit est défini comme une marque de honte ou de mépris à l'égard d'une personne ou d'un groupe. Dans le cas du VIH-sida, le discrédit affecte les PVS, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, les populations migrantes et autres groupes marginaux. Le discrédit suppose souvent un comportement négatif de la part des particuliers qui en discréditent d'autres et se manifeste sous bien des formes, allant de la négligence des besoins d'une personne ou d'un groupe au préjudice psychologique ou physique des

victimes de ce discrédit. La prise en compte de la déconsidération dans les campagnes CCC est d'une importance qui surpasse les questions de pitié et de traitement humain dans l'élaboration des programmes. Les programmes CCC qui abordent le problème de la déconsidération peuvent bénéficier de personnes et de groupes motivés, notamment les PVS, les travailleurs du sexe et les HSM, qui peuvent contribuer efficacement au changement des comportements en défendant leurs intérêts, en fournissant des soins et en éduquant leurs semblables.

Questions d'exécution primordiales pour la CCC

- Existe-t-il une stratégie CCC à l'échelle nationale à l'égard du VIH-sida ?
- La CCC est-elle mise en œuvre dans le pays compte tenu de recherches effectuées auprès des publics concernés ?
- Quelle est la capacité de préparation et de conduite d'une CCC dans le pays considéré ?
- Quelles sont les institutions, les organisations et les universités qui ont la capacité nécessaire pour préparer et former du personnel à la conduite d'une CCC en s'appuyant sur les techniques modernes ?
- Se dégage-t-il un consensus sur l'ensemble de la stratégie CCC pour le pays en question ?

Deuxième stratégie technique de prévention : Programme d'encouragement à utiliser les préservatifs

Le préservatif masculin est la seule protection efficace, largement disponible, contre le VIH et autres MST. L'obtention de préservatifs masculins est indispensable aux stratégies de prévention ciblant les travailleurs du sexe, leurs clients et les partenaires autres que les clients. Des programmes d'encouragement à utiliser les préservatifs ont été déployés avec succès dans les pays en développement et ils constituent l'une des interventions de prévention du VIH les plus efficaces.

La promotion et la distribution de préservatifs aux populations cibles peuvent revêtir diverses formes, notamment la distribution gratuite spécifique, les programmes de distribution à l'échelon des communautés et la distribution par le biais des établissements de soins, des pharmacies et des magasins villageois. La stratégie de distribution

peut être coordonnée entre les différents points d'approvisionnement afin d'améliorer au maximum l'offre en préservatifs.

Il est important, pour une IIGE, d'améliorer l'accès et l'approvisionnement de toutes les communautés (urbaines et rurales) et de groupes spécifiques en préservatifs.

Les particuliers doivent aussi savoir comment s'en servir correctement. Pour qu'un programme d'encouragement à utiliser les préservatifs réussisse, il devra s'assurer que les préservatifs sont utilisés fréquemment et régulièrement dans la plupart des rencontres sexuelles à risque élevé. Un programme d'encouragement à utiliser les préservatifs qui atteint principalement la population générale à faible risque de ne pas avoir d'effet marqué sur la réduction de la transmission du VIH.

Au cours de la décennie qui vient de s'écouler, le préservatif a fait l'objet d'études approfondies sur son efficacité, son acceptabilité, son coût économique, la formation à son emploi et la dynamique sexospécifique. Les résultats des études ont été positifs. L'OMS et l'ONUSIDA ont encouragé l'introduction du préservatif féminin comme nouvelle méthode de précaution contre la grossesse et l'infection par le VIH. Le préservatif féminin peut constituer un volet

Questions d'exécution primordiales sur l'encouragement à utiliser les préservatifs

- Existe-t-il un programme national pour promouvoir l'utilisation des préservatifs ?
- Existe-t-il un système national d'approvisionnement et de distribution des préservatifs ?
- Les préservatifs sont-ils disponibles en milieu rural ?
- Les préservatifs sont-ils à la disposition des personnes les plus vulnérables et qui courent les plus grands risques de contracter le VIH ?
- Existe-t-il un système et une structure bien définis d'examen et de dépistage à des fins d'assurance de la qualité ?
- Les possibilités d'utilisation soutenu du préservatif féminin dans les actes sexuels ont-elles été évaluées ?
- Les préservatifs féminins sont-ils disponibles ?
- Les approvisionnements en préservatifs masculins et féminins sont-ils garantis ?

crucial des programmes de santé génésique et de lutte contre le VIH-sida. Il devrait être introduit de manière stratégique afin d'exercer les effets les plus marqués et les plus rentables sur la santé publique. Dans les efforts pour décupler l'intervention à l'épidémie, toutes les méthodes envisageables doivent être utilisées de manière stratégique afin de renforcer les comportements sexuels plus sûrs.

Troisième stratégie technique de prévention : Gestion thérapeutique des MST

Plusieurs grandes interventions ont été conduites qui font preuve des effets possibles de la lutte contre les MST sur la transmission du VIH. La Thaïlande a réduit l'incidence des MST guérissables de moins de 80 % en moins de cinq ans à travers un effort global qui prévoyait le traitement amélioré des MST et l'encouragement à utiliser les préservatifs dans les établissements de commerce du sexe (programme sur l'utilisation des préservatifs à 100 %). Pendant cette période, la séroprévalence, qui avait progressé rapidement, a commencé à baisser. À travers l'application soutenue de ces interventions, la Thaïlande a stabilisé rapidement la transmission du VIH et a évité la propagation plus générale de l'épidémie. On constate également que des interventions plus restreintes de lutte contre les MST peuvent réduire la transmission du VIH. Dans la région rurale de Mwanza, en Tanzanie, l'amélioration de la lutte contre les cas de MST par l'identification des syndromes dans les établissements de soins a réduit l'incidence des nouvelles infections par VIH de 40 %. Mais à proximité, dans la région de Rakai, en Ouganda, l'antibiothérapie de masse de la population sexuellement active à intervalles de neuf mois n'a entraîné aucune baisse des MST les plus guérissables ni de la transmission du VIH.

L'expérience tirée des programmes de lutte contre les MST révèle qu'il est nécessaire d'appliquer une stratégie de prévention et de traitement approfondie pour réduire des taux élevés de MST. Ce type de stratégie revêt les aspects bien connus des programmes de lutte contre les MST, tels que la garantie de diagnostics et de traitements efficaces, l'encouragement du malade à se conformer au traitement, l'encouragement du partenaire à suivre le traitement et à éviter le risque d'une infection nouvelle. Cependant, un aspect tout aussi important

consiste à savoir quelles sont les personnes qui ont recours aux services cliniques existants et quelles sont celles qui n'y ont pas recours. Même les services les plus modernes sur le plan technologique auront peu d'effet sur la prévalence des MST si le recours à ces services est insuffisant. Un des défis les plus importants dans la lutte contre les MST consiste à orienter les services de manière à atteindre les personnes qui sont exposées le plus fréquemment à l'infection et qui ont le plus de chance de la transmettre à d'autres.

Bien que ce soit un aspect important, la gestion thérapeutique des MST n'est pas le seul volet d'une stratégie de contrôle de ces infections. La méthode d'identification des syndromes avalisée par l'OMS/ONUSIDA est devenue, dans de nombreux pays, la pratique habituelle de traiter les cas de syndromes des MST les plus courants. En appliquant des traitements visant à lutter contre les causes courantes de syndromes facilement identifiables, des taux élevés de guérison peuvent être obtenus par les agents de soins de santé primaires sans les retards et les coûts qu'entraînent les travaux de laboratoire. Les algorithmes de syndromes peuvent réduire les échecs des traitements et les risques de nouvelle infection en dégageant l'importance, pour le malade et pour le partenaire, de suivre le traitement et d'avoir recours au préservatif.

La gestion thérapeutique des syndromes convient particulièrement bien à certains d'entre eux, comme les sécrétions urétrales et les ulcères des organes génitaux. Les méthodes actuelles de gestion du syndrome de pertes blanches chez les femmes sont moins précises et il est donc nécessaire de recourir à une meilleure combinaison de méthodes de gestion à l'aide de diagnostic et de dépistage en laboratoire.

Pour le moment, des méthodes plus sensibles et coûteuses peuvent être adaptées aux populations où la prévalence et le risque de contact sont relativement élevés. Dans les populations à moindre risque, le traitement des pathogènes vaginaux les plus courants peut être plus économique. À mesure que des méthodes de diagnostic plus simples, moins coûteuses et plus précises se répandront, les principes de gestion thérapeutique des MST qui recommandent la combinaison des méthodes de diagnostic du syndrome et de dépistage en laboratoire deviendront applicables sur le terrain.

Questions d'exécution primordiales pour la gestion thérapeutique des MST

- Existe-t-il une politique nationale pour la gestion thérapeutique des MST ?
- Existe-t-il des stratégies de communication pour promouvoir les services de prévention et soins des MST ?
- Des services sont-ils disponibles au premier point de contact ?
- La majorité de la population à risque élevé, en particulier la jeunesse, a-t-elle accès à des services acceptables ?
- Les services de prévention et soins des MST sont-ils offerts aux centres de distribution du secteur informel, y compris les guérisseurs traditionnels ?
- Les groupes relais les plus importants sont-ils soumis à un dépistage régulier et un traitement présomptif ?
- Le personnel a-t-il reçu une formation suffisante à la gestion thérapeutique des syndromes ?
- Le pays dispose-t-il d'approvisionnements réguliers en médicaments ?
- Les services de prévention et soins des MST sont-ils rattachés à des services de conseil et autres services relatifs au VIH-sida ?

Quatrième stratégie technique de prévention : Protection sanguine

La conception de stratégies et d'interventions pour favoriser la protection sanguine dans les pays en développement exige que les planificateurs et les directeurs de programmes comprennent bien les nombreux facteurs influençant des modes de comportement qu'il est difficile de changer. Les facteurs à prendre en considération sont :

- Le niveau de prise de conscience des principes et concepts de base, tels que les dons de sang bénévoles
- Les effets du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) sur la sélection des donneurs
- La nécessité de technologie appropriée
- Les perceptions et le comportement de la société à l'égard des dons de sang
- La volonté politique

- L'organisation des services de transfusion sanguine
- Le changement des comportements au sein du réseau de distribution, notamment la réduction des transfusions sanguines non nécessaires
- La nécessité de nouvelles méthodes de formation
- La nécessité d'une formation aux soins de santé pour l'ensemble du réseau
- Le rapport entre le CDV et la protection sanguine

Dans de nombreux pays, les approvisionnements de sang continuent de comporter des risques et d'être irréguliers. La transmission du VIH par voie sanguine représente jusqu'à 10 % des infections par VIH dans les pays aux ressources limitées. La vaste majorité de ces infections peut être empêchée par les moyens suivants :

- Réduire les transfusions inutiles en faisant un emploi clinique efficace du sang ;
- Eduquer, motiver, recruter et garder les donateurs de sang à faible risque, et
- Dépister les agents infectieux de tout le sang donné.

Un grand nombre de pays ont fait des progrès, souvent malgré des ressources limitées, pour s'assurer des approvisionnements de sang suffisants et sans risque.

Questions d'exécution primordiales pour la protection sanguine

- Existe-t-il un service national de transfusion sanguine ?
- Existe-t-il d'autres services dans le secteur privé et non gouvernemental ? Si oui, sont-ils coordonnés sous la direction d'une politique nationale ?
- Le personnel du service de transfusion sanguine possède-t-il les capacités nécessaires pour distribuer et conserver des approvisionnements de haute qualité ?
- Un système d'assurance de la qualité est-il en place ?
- Existe-t-il un programme de dons de sang bénévoles ?
- Existe-t-il des donateurs de sang "professionnels" ? Si oui, Existe-t-il des programmes en place pour réduire leur nombre ?

Cinquième stratégie technique de prévention : Conseil et dépistage volontaire (CDV) du VIH

Voir la section sur les “Questions liées à l’exécution de stratégies techniques de soins et de soutien dans le cadre d’une IIGE.”

Sixième stratégie technique de prévention Prévention de la transmission de la mère à l’enfant (TME)

Les stratégies visant à réduire la TME incluent la prévention primaire de l’infection par VIH chez les femmes, la planification familiale, les traitements antirétroviraux, l’emploi restreint de procédures obstétriques agressives pendant l’accouchement naturel et les options offertes d’alimentation du nourrisson.

Un certain nombre de régimes thérapeutiques ARV, notamment l’administration de traitements de courte durée par zidovudine et nevirapine, se sont révélés efficaces et sans risque pour la prévention de la transmission d’une mère à son enfant. L’ONUSIDA, l’OMS et l’UNICEF ont recommandé que la prévention de la transmission d’une mère à son enfant soit incorporée au programme minimum de soins des femmes vivant avec le VIH-sida, avec la possibilité de déterminer le régime thérapeutique ARV approprié compte tenu des conditions locales (ONUSIDA, 2000).

Mais les traitements ARV pour la prévention de la transmission d’une mère à son enfant peuvent présenter des difficultés dans certains pays en raison des éléments suivants : les infrastructures et services limités pour les soins prénatals et maternels, l’absence de sensibilisation à la transmission du VIH et à l’infection personnelle par VIH chez les femmes enceintes, et le développement insuffisant des services CDV, notamment leur intégration limitée dans les lieux où la transmission d’une mère à son enfant est présente, la non-application des traitements ARV de longue durée, l’abandon des options d’alimentation des nouveau-nés et le manque de cohérence des soins fournis aux mères vivant avec le VIH-sida.

L’amélioration de l’accès aux services de conseil, de dépistage, de planification familiale et aux soins prénatals et postnatals, complétée par l’adaptation des méthodes obstétriques et par l’introduction de traitements antirétroviraux (TAR), peut conduire à une forte demande des services prodigués par les établissements de soins prénatals (DPN) existants et

Questions d’exécution primordiales pour prévenir la TME

- Existe-t-il dans chaque district un service de soins maternels et prénatals qui convienne et qui fonctionne bien ?
- Les femmes ont-elles accès à ces services ?
- Offre-t-il le conseil et dépistage volontaire à titre confidentiel ?
- Prévoit-il des mesures de suivi pour assurer la qualité des soins cliniques et autres formes de soutien fournis aux mères et enfants infectés ?
- Lorsque les particuliers se rendront au service de santé, pourront-ils obtenir les soins nécessaires ?
- Existe-t-il une capacité locale pour mettre en œuvre des services CDV et TME ?
- Existe-t-il un service de laboratoire à l’appui de la TME ?
- Les approvisionnements de médicaments sont-ils réguliers et protégés ?
- Existe-t-il des services de soins et de soutien à l’échelon de la communauté ?

les centres de maternité. Les soins prénatals sont le domaine qui sera affecté le premier, suivi des soins postnatals, étant donné que les nouveau-nés de mères vivant avec le VIH-sida réclament des soins supplémentaires. D’autres effets seront ressentis à l’échelon des services de dépistage et de suivi des infections par VIH et à l’échelon des traitements antirétroviraux. Les laboratoires auront donc une charge de travail supplémentaire. Les pays doivent prendre en considération le rapport coût-efficacité de cette intervention compte tenu des niveaux de prévalence.

L’exécution ou non d’une grande intervention de prévention de la transmission d’une mère à son enfant est une décision complexe. Les considérations suivantes peuvent permettre aux planificateurs et directeurs de programmes de prendre les décisions appropriées concernant des interventions TME :

- L’efficacité par rapport au coût de l’intervention compte tenu du niveau de prévalence (l’efficacité par rapport au coût a été mise en doute si les niveaux de séroprévalence sont inférieurs à 10 %).
- L’état du système de soins et des services de protection maternelle et infantile existants.

- La prise en compte des risques associés aux diverses options d'alimentation des nouveau-nés.
- Les attitudes de la communauté à l'égard des femmes qui vivent avec le VIH-sida.
- Les croyances culturelles concernant la maternité, l'allaitement et la planification familiale.

Septième stratégie technique de prévention : Réduction du danger

Il semble qu'il est possible de contenir, de freiner ou même de faire reculer l'épidémie de VIH chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, dans les pays en développement et développés, par la mise en œuvre de stratégies spécifiques visant à atténuer le danger du virus, notamment :

- La sensibilisation entre égaux à l'échelon des communautés ;
- La meilleure facilité d'accès à du matériel d'injection aseptique, et
- La plus grande facilité d'accès aux traitements de désintoxication, en particulier par méthadone (Ball 1998).

Là où des actions efficaces ont été conduites pour endiguer l'épidémie de VIH chez les CDI, on a constaté qu'aucun traitement unique n'était efficace. Les programmes approfondis, fondés sur les principes du développement communautaire et fonctionnant dans des contextes favorables qui assuraient la protection sociale et les soins de santé primaires (notamment les programmes de désintoxication/traitement de la toxicomanie) sont les éléments essentiels à des démarches réussies. La meilleure facilité d'accès à des aiguilles et des seringues aseptiques est indispensable à la conduite avec succès d'un programme de prévention du VIH à l'intention des consommateurs de drogue par voie intraveineuse.

Le programme de prévention du VIH ciblant les CDI est d'autant plus efficace et économique qu'il est mis en œuvre rapidement, si possible avant l'introduction du VIH dans la population ou avant sa propagation rapide — c'est-à-dire avant qu'il atteigne 5 % de la population (Rhodes et al. 1999). Une fois que la séroprévalence atteint 10 % de la population, elle peut dépasser les 50 % en seulement un à quatre ans. Lorsque qu'un taux de prévalence élevé est établi, il peut se maintenir pendant plusieurs années, bien qu'il existe des exemples d'épidémie en régression (Strathdee et al. 1998).

Questions d'exécution primordiales pour la réduction du danger

- Quelles sont les politiques (application de la loi, santé publique) qui sont en place dans le cadre des programmes de réduction du danger ?
- Quelles sont les ressources en aiguilles et seringues ?
- Y a-t-il des ONG/OC qui sensibilisent les consommateurs de drogues ?
- Quels sont les programmes/centres (secteurs public/privé) qui fournissent des services de désintoxication, y compris de substitution de drogues ?
- Quels sont les rapports entre les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues par voie intraveineuse ?
- Existe-t-il des réseaux/groupes CDI qui fournissent des services pour réduire le danger ?
- Existe-t-il des réseaux d'ONG/OC qui travaillent avec les CDI ?
- Quels sont les rapports entre les centres de désintoxication/traitement de la toxicomanie, les programmes de sensibilisation et les services de santé générale ? Un système d'aiguillage vers des services particuliers est-il en place ?
- Quels sont les programmes de prévention de la toxicomanie qui sont en place ?
- Quelles sont les perceptions de la communauté générale à l'égard des CDI ?

Huitième stratégie technique de prévention : Prévention de la déconsidération

Le discrédit jeté sur le VIH-sida continue de dégager des perceptions et de modeler le comportement des PVS, ce qui peut entraver les actions de prévention. Il est indispensable d'élaborer des politiques visant à lutter contre la discrimination à l'égard de tout programme de prévention du VIH. La prévention de la déconsidération est à la fois une question de droits humains et une question de santé publique. Le discrédit a des effets à bien des niveaux différents :

- **Prévention.** À l'échelon social, le discrédit peut causer les publics cibles à considérer ceux qui vivent avec le VIH-sida ou qui sont à risque, comme les autres ou eux, perpétuant de telles notions comme une épidémie qui "ne peut pas m'affecter". Les programmes CCC peuvent avoir pour effet que les publics rejettent les messages

de prévention du sida si la question de discrédit n'y est pas abordée. À l'échelon individuel, la fermeture des yeux sur cette notion de discrédit peut porter des particuliers à décider de ne pas chercher à obtenir des services CDV ou autres soins médicaux, y compris des soins concernant la transmission de la mère à l'enfant.

- **Qualité des soins.** Le discrédit peut perpétuer des pratiques négatives chez les prestataires de soins de santé, notamment le silence, la négligence et le traitement insuffisant des PVS. Une campagne CCC visant à accroître la demande des services d'un centre de soins risque de ne pas être efficace, en raison en partie de l'insuffisance de qualité des soins fournis aux PVS.
- **Politique.** Il importe d'aborder ce problème de discrédit pour faciliter l'application des lois existantes et mettre un terme aux lois et pratiques discriminatoires.

Questions d'exécution primordiales pour apaiser le discrédit

- Sous quelles formes le discrédit nuit-il à la prévention efficace du virus et à des interventions de traitement et de soins ?
- Quel est le rôle que les programmes CCC, CDV et autres interventions de prévention et de soins peuvent jouer pour atténuer les effets du problème de discrédit ?
- Quels sont les cadres juridiques, politiques, gouvernementaux et de défense des droits de l'homme qui sont concernés par ce problème de discrédit ?
- Y a-t-il des politiques en place pour améliorer et protéger les droits des PVS ?
- L'information du public a-t-elle tenu une place importante dans le pays ?
- Les conditions de soins hospitaliers et sanitaires jouent-elle un rôle dans la perpétuation de la déconsidération ?

Questions liées à l'exécution de stratégies techniques de soins et de soutien dans le cadre d'une IIGE

On a identifié quatre types de soins et de soutien interdépendants dont ont besoin les PVS : 1) les besoins médicaux — par exemple les informations

sur les traitements et le traitement même ; 2) les besoins psychologiques — par exemple le soutien affectif ; 3) les besoins socioéconomiques — par exemple l'apport d'assistance et l'aide aux orphelins, et 4) les droits humains et les besoins juridiques — par exemple l'accès aux soins, la protection contre la violence et la discrimination. A mesure que l'infection par VIH progresse, les besoins de services changent. La prestation de soins exhaustifs ininterrompus — allant des services à domicile et communautaires aux services institutionnels et vice-versa, permettra de répondre aux besoins spécifiques des clients et de leur famille.

Dans le tableau figurant en haut de la page suivante, les besoins de soins et de soutien sont indiqués aux différents stades d'évolution du VIH-sida. Quand un particulier pénètre dans le système de soins, il est également indispensable qu'un système d'aiguillage efficace rapide vers les services requis soit en place, comme le montre le tableau figurant en bas de la page.

La présente section examine huit interventions rentables et bien documentées pour la prestation de services de soins et de soutien : CDV ; soutien psychologique, soins palliatifs, traitement clinique des infections opportunistes (IO), tuberculose (TB), soins à domicile, soins aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) et traitements antirétroviraux (TAR).

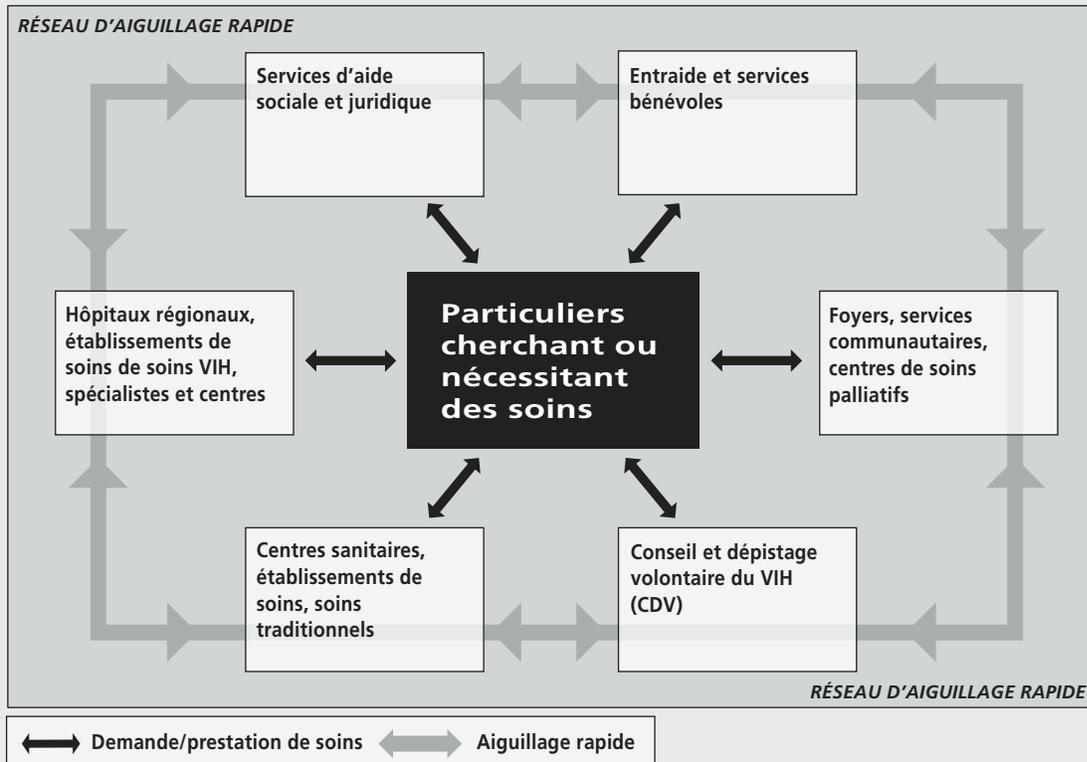
Première stratégie technique de soins et de soutien : Conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV)

Il est reconnu à l'échelon international que la stratégie conseil et dépistage volontaire (CDV) pour le VIH est une méthode efficace et essentielle tant pour prévenir que pour soigner cette infection. D'après des recherches effectuées par FHI au Kenya, en Tanzanie et à la Trinité, en collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS et le Centre d'études pour la prévention du sida rattachée à l'Université de Californie à San Francisco, il n'y a aucun doute que le CDV est une stratégie efficace et peu coûteuse d'encourager le changement des comportements. Cette stratégie a aussi été reconnue comme un point d'accès important aux services de soins et de soutien. Ces constatations ont suscité de l'intérêt et un soutien à la stratégie CDV en tant que volet précieux des programmes approfondis sur le VIH-sida mis en œuvre à l'échelon des organisations internationales et des programmes nationaux de VIH-sida menés par de nombreux pays et bailleurs de fonds.

Besoins de soins et de soutien aux différents stades d'évolution du VIH-sida

Personnes non infectées	Personnes exposées	Personnes vivant avec le VIH	Personnes vivant avec le SIDA	Personnes en phase terminale et au-delà
			Soins palliatifs	
			Soins à domicile	
			Traitements antirétroviraux	
	Prévention de la transmission d'une mère à son enfant			
	Prophylaxie post exposition			
	Infections opportunistes et maladies apparentées Diagnostic, traitements, prophylaxie			
	Soutien psychosocial et spirituel Niveau individuel et familial, prestataires de soins, deuil, orphelins			
CDV				
Prévention Services relatifs aux MST, communication pour changer les comportements, éducation, précautions universelles...				

L'importance d'un système d'aiguillage rapide



Le principal obstacle au CDV est la crainte de la déconsidération ; les femmes, en particulier, peuvent faire l'objet de violence et se retrouver à l'abandon, sans abri, sans nourriture et sans relations. Il est particulièrement important de procéder au dépistage de ce groupe et de lui en communiquer les résultats en respectant le secret professionnel. Les autres obstacles sont l'absence de traitements médicamenteux, de soutien psychologique et de soins cliniques aux particuliers dont les résultats sont positifs. L'apport de conseils nécessite beaucoup de personnel et réclame une formation et une supervision pour que ces conseils soient de haute qualité.

En tant que point d'accès aux services de prévention et de soins, le CDV doit être offert à une beaucoup plus grande échelle. L'utilisation de tests de dépistage du VIH, simples et rapides, peut améliorer les activités de suivi liées au CDV. Le bilan des enseignements tirés des programmes de CDV est présenté ci-après :

- Le CDV peut être offert par les secteurs des organisations gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires et des organisations privées.
- La **règle d'or** du CDV suit un régime d'apport de conseil avant dépistage, de test de dépistage (conformément au souhait du client et sur son consentement) et d'apport de conseil après le test de dépistage (comportant une ou plusieurs séances, suivant les besoins du client). L'évaluation du risque individuel, la planification de réduction du risque et la préparation du client aux résultats du test et à y faire face font partie intégrante de l'activité de conseil avant et après le dépistage.
- Les **modèles de prestation de services novateurs couvrent un large éventail**, en fonction du contexte. Ces modèles comportent notamment des variantes en ce qui concerne l'intégration au sein des centres de soins existants, de services fixes et de services mobiles.
- Le **modèle de choix doit prendre en considération les questions financières** afin de garantir la viabilité des services. La viabilité des services reste un défi dans bien des conditions, en particulier dans les endroits non intégrés où les frais d'établissement initiaux sont couverts par des financements extérieurs accordés par des bailleurs internationaux.
- Tous ceux qui courent les plus grands risques de contracter le VIH ou qui sont soupçonnés d'être atteints d'une maladie associée au VIH doivent **avoir accès, pour un prix abordable**, au CDV. Ce type de service devrait être à la disposition de tout l'éventail de clients pour lesquels il est utile de savoir s'ils sont positifs ou négatifs, notamment les couples, les particuliers et les jeunes.
- Les installations de CDV doivent être **suffisamment dotées** en personnel ayant reçu une **formation de haute qualité** aux méthodes de conseil et de dépistage.
- Les directeurs des installations de CDV doivent aider le personnel à continuer à fournir des services de haute qualité, conserver le personnel qualifié et prendre garde à ce que les conseillers ne se démoralisent au travail.
- Le **CDV à l'intention des couples** doit être largement encouragé et favorisé. L'apport de conseils aux couples avant et après dépistage entraîne des avantages considérables pour la conduite de l'évaluation du risque et la planification de réduction du risque, en particulier pour les femmes qui sont fortement défavorisées par rapport aux hommes dans leur pays. Le **ciblage des couples** pour les orienter vers les services de CDV est aussi économique par rapport au coût.
- Lors de la conception d'un service CDV, il faut prévoir un volet de promotion pour assurer la planification et l'établissement d'un service de haute qualité. Cette activité inclut le **repérage ou le renforcement d'autres services de soins et de soutien, de réseaux communautaires et d'aiguillage hospitalier**.
- Les **services CDV doivent aussi être adaptés** au contexte épidémiologique, comportemental et socioéconomique propre à chaque pays et/ou situation. L'activité de conception peut aussi prendre en considération les interventions de prévention **de la déconsidération** et de **création de la demande** en CDV.
- Pour amplifier un service CDV ou pour en créer un nouveau, il importe que tous les intéressés — y compris les partenariats entre bailleurs, organisations gouvernementales et non gouvernementales — **répondent de manière concertée** pour assurer la **standardisation des services** quant à la qualité des soins et du soutien prodigués aux clients et pour éviter le chevauchement des services dans les régions.
- Des systèmes de suivi et d'évaluation doivent être établis dès le début, tant pour le volet de conseil que pour le volet de dépistage. Les protocoles de conseil et de dépistage peuvent varier d'un

programme à l'autre compte tenu des buts et objectifs de chacun d'entre eux. Quelle que soit la démarche suivie, l'intervention CDV doit être évaluée régulièrement afin de déterminer si elle est exécutée conformément au protocole établi à l'avance et si elle répond aux besoins de la clientèle.

- Les démarches novatrices en matière de CDV devront être réceptives aux besoins spécifiques du pays considéré. Ces démarches incluent les **services CDV à l'intention des adolescents** et l'intégration de méthodes CDV dans les établissements de soins prénatals qui peuvent dispenser des **séances d'information collectives avant le dépistage** dans les endroits où la charge ou le volume de clientèle est élevé, dans le cadre d'une stratégie approfondie pour prévenir la transmission d'une mère à son enfant.
- **Le CDV est une intervention de santé publique.** Les gouvernements et bailleurs de fonds devront couvrir une partie des coûts associés au CDV afin de faciliter au maximum l'accès à ces services.

Questions d'exécution primordiales pour les services CDV

- Quel est le niveau actuel de couverture et de prestation des services CDV ?
- Quels sont les comportements actuels des personnes vulnérables qui cherchent à obtenir des soins de santé ?
- Comment les gens savent-ils que les services CDV existent ?
- Les gens connaissent-ils les avantages qu'apportent les services CDV ?
- Quels sont les modèles de prestation de services CDV qui conviennent le mieux au contexte local ?
- Existe-t-il suffisamment de conseillers formés ?
- Quelle est la capacité à former des conseillers ?
- Existe-t-il un manuel de formation standardisée en matière de CDV ?
- Existes-ils des installations où des services CDV peuvent être fournis à titre confidentiel ?
- Dans quelle mesure des services de soins et de soutien de base sont-ils disponibles à l'installation CDV servant de point d'accès ?
- Existe-t-il des organisations religieuses fournissant des services CDV ?

- **Des politiques et stratégies nationales de soins et de prévention du VIH-sida** devront assurer la distribution suffisante des services CDV et fixer des normes nationales pour la prestation de ces services.

Deuxième stratégie technique de soins et de soutien : Soutien psychosocial

L'apport continu de conseils aide les particuliers à accepter leur condition à l'égard du VIH et à adopter une attitude positive. Ces conseils peuvent faciliter l'échange d'informations avec des partenaires ou des membres de la famille proche qui parfois participent aussi aux séances de conseil. Par exemple, d'après une étude réalisée en Ouganda sur 730 patients qui avaient reçu des conseils pendant une longue période, 90 % d'entre eux avaient révélé leur séropositivité à une autre personne et 85,3 % en avaient informé des parents. Cependant, la révélation est toujours une démarche difficile. Une autre étude a constaté un haut niveau d'acceptation des personnes séropositives dans les familles (79 %) et dans les communautés (76 %). Un soutien psychologique peut être apporté à l'échelon des établissements de soins, des écoles ou des groupes de soutien communautaire.

Le personnel soignant a aussi besoin de soutien psychologique. La prise en charge d'une personne atteinte d'une maladie chronique grave est un défi émotionnel et physique, même pour le personnel soignant le plus dévoué. Cette observation est particulièrement vraie pour les infirmiers, les conseillers et les aides soignants du lieu qui fournit la plus grande part des soins aux PVS. Ce personnel a aussi besoin de soutien pour l'aider à accomplir

Questions d'exécution primordiales pour l'apport d'un soutien psychologique

- Combien de personnes soignantes sont formées à dispenser des conseils et appliquer activement leurs compétences ?
- Quelles sont les structures de soins existantes qui peuvent dispenser un soutien psychosocial ?
- Dans quelle mesure les PVS se sont-elles apporté un soutien mutuel actif ?
- Les communautés sont-elles en train d'être mobilisées pour procurer ce type de soutien ?
- Y a-t-il des organisations religieuses fournissant un soutien psychosocial ?

son travail correctement, à éviter de se “démoraliser au travail” et à rester actif, sans contracter l’infection du VIH.

Troisième stratégie technique de soins et de soutien : Soins palliatifs

Les soins palliatifs se définissent comme le contrôle des symptômes, le soulagement de la douleur, l’amélioration de la qualité de vie et la prise en charge des aspects psychosociaux de l’affection. Ces soins s’appliquent à tous les stades d’évolution de toutes les maladies, et pas seulement d’une condition pathologique en phase terminale. Dans le cas du VIH-sida, au fur et à mesure que la maladie avance, il faut porter une attention grandissante au contrôle des symptômes, au soulagement de la douleur et aux soins psychosociaux. D’innombrables personnes actuellement infectées n’ont pas accès aux services de soins palliatifs et aux médications. Les soins palliatifs peuvent être dispensés dans les hôpitaux et au foyer.

Questions d’exécution primordiales pour les soins palliatifs

- Existe-t-il des programmes de soins à domicile pour compléter les soins hospitaliers ?
- Existe-t-il un système d’aiguillage rapide entre cliniciens et prestataires de soins palliatifs dans la communauté ?
- Des organisations religieuses sont-elles mobilisées pour l’apport de soins palliatifs ?

Quatrième stratégie technique de soins et de soutien : Traitement clinique des infections opportunistes et maladies associées au VIH

La majorité des IO sont traitables à condition d’un diagnostic rapide et d’une gestion convenable. La tuberculose est l’infection opportuniste associée au VIH la plus répandue dans les pays en développement et elle est la cause de 30 à 40 % des décès chez les PVS. Les autres causes de mortalité et de morbidité associées au sida sont la pneumonie, la candidose, les infections par cryptozoïque, la toxoplasmose, l’herpès et les infections courantes. Les interventions pour lutter contre avec efficacité les IO nécessitent non seulement des médicaments et autres traitements, mais en outre l’infrastructure nécessaire pour diagnostiquer la condition, suivre l’intervention et conseiller les PVS.

Outre l’approvisionnement en médicaments appropriés, il est nécessaire de disposer d’installations cliniques pour des soins de consultation externe et des installations hospitalières pour les affections graves. Des installations de laboratoire sont également requises pour établir des diagnostics et assurer le suivi de certaines IO, notamment la tuberculose et les infections parasitiques et bactériennes. Les possibilités d’expansion de la traitement clinique sont lourdement tributaires des limites de capacité existantes, tant pour les soins de consultation externe que d’hospitalisation. Ces limites de capacité peuvent être déjà atteintes dans certains pays, si l’on tient compte du fait que 50 à 70 % des lits, dans certains pays d’Afrique, sont actuellement utilisés pour traiter des maladies associées au VIH (Banque mondiale 1997).

Les interventions visant à lutter contre les IO peuvent entraîner une prolongation importante de l’espérance de vie et de la qualité de vie des PVS. Le Cotrimoxazole a été recommandé à des fins préventives chez les personnes présentant les symptômes du VIH, dans le cadre d’un programme de soins minimum (ONUSIDA, 5 avril 2000). Son administration est répandue dans les pays en développement, figurant comme médicament essentiel et peu coûteux. Dans deux essais comparatifs randomisés menés en Côte d’Ivoire, la prophylaxie par Cotrimoxazole a entraîné une réduction des hospitalisations, des cas d’entérite, de pneumonie, d’isospore, de salmonelle non typhoïdique et de septicémie en comparaison du groupe placebo. Dans l’un des essais, une baisse de la mortalité a été enregistrée (Anglaret et al. 1999).

Bien que le traitement de la tuberculose soit recommandé, la faisabilité de son administration générale en est toujours au stade de balbutiement dans bien des pays, en raison de la collaboration intensive requise entre personnels cliniques pour la tuberculose et le VIH. Le CDV est considéré comme le point d’accès aux soins prophylactiques de la tuberculose, mais rares sont les particuliers qui ont accès à ces services ou qui ont le souhait de se faire tester.

Le traitement antirétroviral à activité élevée (HAART) reste la stratégie la plus efficace de réduire les taux de morbidité et de mortalité associés aux IO, mais cette thérapie est complexe et, dans bien des pays, elle n’est pas répandue.

D’après les estimations de l’OMS, plus d’un tiers de la population mondiale n’a pas accès aux médicaments essentiels en raison de leurs prix élevés ou de systèmes

d'approvisionnement et de distribution insuffisants. Dans le cas du VIH, des médicaments essentiels sont nécessaires pour soigner convenablement un certain nombre d'IO et de malignités. À l'échelon de base, ces médicaments incluent les agents anti-infectieux et les médicaments palliatifs. Les questions à examiner pour décupler l'accès aux médicaments sont présentées au module 7, Gestion de l'approvisionnement en médicaments et des fournitures médicales.

Questions d'exécution primordiales pour la traitement clinique des IO et maladies associées au VIH

- Quelle est la capacité du système de santé existant à dispenser ces soins ?
- Le système de soins dispose-t-il de la capacité nécessaire pour traiter les enfants atteints du sida ?
- Existe-t-il des programmes de formation à la traitement clinique des IO ?
- La majorité de ceux qui ont besoin de ces soins y ont-ils accès ?
- Les approvisionnements en médicaments nécessaires à ces soins sont-ils assurés ?

Cinquième stratégie technique de soins et de soutien : Tuberculose

La tuberculose est une maladie importante qu'il convient de cibler dans les régions sérieusement affectées par le VIH, étant donné que c'est une maladie guérissable. Bien qu'elle soit favorisée par l'épidémie de VIH, la tuberculose est une maladie infectieuse qui ne se limite pas aux particuliers séropositifs. Étant l'une des premières infections opportunistes à apparaître chez les PVS, la tuberculose peut être le premier signe de l'infection par VIH. Le ciblage de la tuberculose donne l'occasion d'intervenir tôt chez les personnes atteintes du VIH.

Il est également important de coordonner les services de soins de la tuberculose et du VIH lors d'une intervention de ciblage de la tuberculose dans les pays qui enregistrent une prévalence VIH élevée. Cette coordination peut être accomplie par l'amélioration maximum de la thérapie fondée sur l'observation directe, la stratégie de courte durée, la création de services de soins VIH dans les centres de soins de la tuberculose, l'incorporation d'activités de

contrôle de la tuberculose dans les services de soins VIH et la préconisation d'une plus grande concertation entre les programmes de tuberculose et de VIH.

Il se dégage d'études réalisées dans des pays aux ressources limitées que la prophylaxie de la tuberculose peut être à la fois économique et opérationnelle (Brewer 1999). Le traitement préventif de la tuberculose par Isoniazide est recommandé comme mesure pour préserver la santé des personnes séropositives qui courent le risque de contracter la tuberculose, notamment les personnes dont les résultats au test de dépistage cutané de la tuberculose est positif ou qui vivent dans des zones où la tuberculose est endémique (OMS 1999).

Questions d'exécution primordiales pour la tuberculose

- Le programme de tuberculose est-il associé au programme de VIH-sida ?
- Les programmes de tuberculose visent-ils à atteindre les populations incarcérées et les populations migrantes ?
- Le programme de tuberculose a-t-il des liens avec le programme CDV/VIH ?
- Le public est-il sensibilisé aux rapports entre la prévention de la tuberculose et la prévention du VIH ?
- Existe-t-il des principes de formation standard pour la traitement clinique de la tuberculose ?

Sixième stratégie technique de soins et de soutien : Soins à domicile

Les soins à domicile recouvrent les soins prodigués aux PVS chez elles et dans le cadre de la communauté.

Cette stratégie peut concerner les particuliers à différents stades de la maladie — par exemple les personnes qui sont chroniquement malades à un stade préliminaire ou celles qui sont en phase terminale de la maladie. Les soins peuvent être dispensés par des membres de la famille, des bénévoles ayant reçu une formation ou un personnel de soins de santé et de soutien psychosocial. Les soins à domicile sont apparus au cours de la décennie qui vient de s'écouler comme une stratégie précieuse visant à alléger le fardeau pesant sur les hôpitaux, les familles et les communautés, ainsi qu'à fournir aux PVS une meilleure qualité de vie.

Les modèles de soins à domicile revêtent en général deux formes — les programmes de

vulgarisation hospitalière/clinique et les programmes communautaires. Ces programmes peuvent bénéficier de l'élaboration de volets à l'échelon hospitalier et communautaire. Ces services sont destinés à fournir des soins complets au domicile des patients et à réduire la nécessité d'admissions hospitalières.

Si les soins à domicile comporte de nombreux avantages, ils sont souvent limités en raison du temps et des ressources qu'ils exigent. En conséquence, les programmes de soins à domicile et les prestataires de soins familiaux ne bénéficient pas toujours d'un soutien complet. Les vulgarisateurs se heurtent parfois à des défis pour satisfaire les besoins des clients au fur et à mesure que leur charge de travail s'alourdit, entraînant la réduction de la fréquence et de la durée de leurs visites.

Les autres difficultés sont notamment les coûts de transport et le temps des déplacements. Le travail de vulgarisation est exigeant et les agents doivent recevoir la formation et le soutien nécessaires. Dans certains cas, on a fait largement appel à des membres bénévoles de la communauté ayant reçu une formation pour servir de lien entre les prestataires de soins familiaux et le personnel de vulgarisation. Pour la famille, la prise en charge d'une PVS peut être exigeante. Les particuliers sont parfois soignés dans des conditions de grande indigence et de promiscuité. Cette situation soulève des questions importantes concernant les possibilités d'élargissement des prestations de soins à domicile. Dans de nombreux pays, les options de remplacement des soins à domicile, comme les centres de soins palliatifs et les centres de soins pendant la journée, n'ont pas encore été examinées. Certaines organisations religieuses peuvent aussi jouer un rôle crucial dans la prestation de soins aux PVS.

Questions d'exécution primordiales pour les soins à domicile

- Quelle est la capacité du système de soins existant à dispenser ce type de soins ?
- Le système de soins dispose-t-il de la capacité nécessaire pour traiter les enfants atteints du sida ?
- Existe-t-il des programmes de formation à la traitement clinique des IO ?
- La majorité de ceux qui ont besoin de ces soins y ont-ils accès ?
- Les approvisionnements en médicaments nécessaires à ces soins sont-ils assurés ?

Septième stratégie technique de soins et de soutien : Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV)

L'expérience révèle que des réponses pluri-sectorielles, menées en collaboration et en concertation, sont indispensables à la prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables. Si un certain nombre d'interventions OEV relativement limitées et localisées ont été réussies, il importe de renforcer les capacités des ONG et des OC pour définir une vision plus large et engager un plus grand nombre d'organisations dans la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.

A ce jour, ce sont principalement les femmes qui ont fourni des soins aux OEV en rendant visite à des foyers orphelins, en créant des projets de formation de revenu et en scolarisant à nouveau les enfants. L'adaptation et la reproduction de ces initiatives pourraient contribuer à protéger et à soutenir un beaucoup plus grand nombre d'enfants vulnérables.

S'il est nécessaire de disposer de ressources plus importantes, le calendrier et le type d'apport de ces ressources doivent être examinés avec soin. L'aide financière doit répondre à l'action communautaire entreprise avec les moyens locaux. Ce type d'aide spécifique va de pair avec le renforcement des capacités communautaires.

Pour renforcer le dispositif de sécurité qui prend en charge les orphelins et enfants vulnérables, il est nécessaire de mettre en œuvre une large gamme d'interventions de développement social. Ces interventions facilitent l'obtention de ressources et permettent l'emploi le plus efficace. Les interventions couvrent les services sociaux/de soutien, les services de santé, l'éducation et la sécurité alimentaire. Les populations cibles sont les foyers dirigés par un enfant, les veuves, les grands-parents, les orphelins et les jeunes. Le but de ces interventions est de développer la capacité d'indépendance économique.

Les principaux secteurs de services sociaux pour les programmes OEV sont :

- **La protection sociale/le développement communautaire.** Repérer les familles vulnérables et évaluer les besoins matériels et autres besoins d'aide en ressources locales et extérieures. Il importe de privilégier les foyers dirigés par un enfant, les familles avec de jeunes enfants dirigés par une personne âgée et les nouveau-nés abandonnés. Des services de conseil utiles devraient chercher à encourager les familles à

s'occuper des enfants affectés par le VIH-sida (en coopération avec le secteur de la santé).

- **Le micro-financement.** Elargir l'accès aux services de micro-financement afin d'améliorer la capacité des ménages et des communautés à soutenir les PVS et les familles affectées.
- **Le travail des enfants.** Consolider les efforts d'élimination du travail des enfants en tant que stratégie préventive pour protéger les orphelins et les enfants sans prise en charge familiale d'être exploités sur le plan économique. Accorder une importance particulière à la formation des inspecteurs du travail et réviser les lois et politiques du travail afin qu'elles soient conformes aux conventions internationales sur le travail des enfants.
- **L'enseignement.** Prendre en considération l'accélération de mesures pour assurer que tous les enfants, indépendamment de leur situation sociale, bénéficient de l'enseignement primaire universel. Evaluer les répercussions de la pandémie sur le nombre et la qualité des enseignants et la réduction possible des niveaux d'inscriptions.
- **La santé.** Renforcer la capacité de prise en charge des enfants séropositifs en leur prodiguant des soins médicaux convenables pour alléger leurs souffrances, ainsi que des adolescents en les informant sur les moyens de se prémunir contre les infections et sur les mesures qu'ils peuvent prendre pour se soigner.
- **L'agriculture.** Evaluer les répercussions de la pandémie sur la productivité des familles agricoles, élaborer des programmes de vulgarisation

Questions d'exécution primordiales dans le cadre d'un programme OEV

- Existe-t-il des capacités familiales ou communautaires non utilisées qui pourraient répondre aux besoins du nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables ?
- Les chefs communautaires et les groupes de soutien, comme les organisations affiliées à une dénomination religieuse, les associations de jeunesse et de femmes et le lieu de travail, sont-ils sensibilisés et mobilisés pour aborder les problèmes des orphelins ?
- Existe-t-il une politique nationale ou locale ou des statuts pour dispenser les orphelins et enfants vulnérables des frais de scolarité ?

visant à soutenir les jeunes paysans, fournir des ressources humaines et une assistance technique aux familles identifiées s'occupant d'orphelins ou dirigées par un enfant ou un adolescent (en coopération avec la protection sociale).

Huitième stratégie technique de soins et de soutien : Traitements antirétroviraux (TAR)

Grâce aux antirétroviraux (ARV), le sida peut devenir une maladie chronique contrôlable permettant le rétablissement de la productivité économique et du fonctionnement au sein de la société. Toutefois, ces effets ne se produisent que lorsqu'il existe des ressources suffisantes pour que les médicaments soient d'un prix abordable et qu'il existe des services de santé suffisamment équipés pour assurer des soins sans risque, soutenus et efficaces. La mise en œuvre avec succès d'un programme de traitements antirétroviraux nécessite les médicaments, le client et le système de soins.

Des services et des installations spécifiques doivent être en place avant d'envisager l'introduction des ART dans un endroit donné en raison du coût élevé des antirétroviraux, de la complexité des médicaments et du besoin d'assurer un suivi en profondeur. Ces services incluent :

- L'obtention de services CDV
- La capacité à diagnostiquer et suivre des maladies et infections en rapport avec le VIH
- Des services de suivi des analyses de laboratoire, notamment des tests hématologiques et biochimiques pour la détection de toxicité et le suivi des paramètres immunologiques et virologiques.
- Les ressources pour financer des traitements de longue durée
- L'information et la formation des professionnels de la santé concernant l'utilisation efficace et sans danger des ART
- Des mécanismes de réglementation pour assurer que les médicaments sont administrés comme il convient

Les enseignements tirés de ce programme à grande échelle sont les suivants :

- Les soins VIH-sida doivent être planifiés et apportés avec la participation importante des PVS
- Les efforts pour apaiser le discrédit et la discrimination doivent faire partie intégrante du programme pour qu'il réussisse

- La prise en charge par la communauté des activités de soins et de soutien est un élément capital
- Les réponses qui réussissent sont celles qui sont coordonnées et planifiées entre les différents secteurs

Questions d'exécution primordiales pour les traitements antirétroviraux

- Y a-t-il une stratégie de consensus à l'échelon du district et de la province sur les normes de thérapie antirétrovirale — qui traiter, quand, quelle médication ?
- Un programme de soins et de soutien approfondi est-il en place et fonctionne-t-il (CDV, traitement clinique des maladies associées au VIH et traitements préventifs, soins palliatifs, soins à domicile, soutien psychosocial) ?
- Existe-t-il un système de soins qui soit en mesure de s'engager dans l'administration d'antirétroviraux (cliniciens formés, laboratoires opérationnels pouvant effectuer des examens de dépistage VIH, des examens hématologiques, des examens de la fonction hépatique, de l'expectoration, des bacilles acido-alcool-résistants (BARR), CD4 ou autres, système de gestion des produits pharmaceutiques) ?
- Est-ce que les PVS, les médecins privés et les pharmaciens ont participé à des activités de sensibilisation et de formation aux ARV ?

Liste de lectures complémentaires

Anglaret X, Chene G, Attia et al. Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1 infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire : A randomized trial (chimio prophylaxie au triméthoprim-sulphaméthoxazole pour les adultes infectés par le VIH-1 à Abidjan, Côte d'Ivoire : essai randomisé). *Lancet* 1999 ; 353 : 1465-1468.

Ball A. Overview : Policies and Interventions to Stem HIV-1 Epidemics Associated with Injecting Drug Use (politiques et interventions pour contenir l'épidémie de VIH-1 associée à la consommation de drogues injectables). Dans G. Stimson, D. Desjarlais et A. Ball (éd.). Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1998.

Banque mondiale. *Confronting AIDS : Public priorities in a global epidemic* (Lutter contre le sida : priorités publiques dans le cadre d'une épidémie mondiale). New York : Oxford University Press, 1997.

Brewer TF. Preventive therapy for tuberculosis in HIV infection (traitement préventif de la tuberculose chez les personnes séropositives). *JAMA*, 10 mars, 1999 ; 281(10) : 485-486.

Coates T, Grimstead O, Gregorich S, et al. Efficacy of Voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad : A randomised trial (efficacité du conseil et dépistage volontaire du VIH-1 chez les particuliers et les couples au Kenya, en Tanzanie et à la Trinité : essai randomisé). *Lancet* 2000 : 356 (9224) : 103.

Ghys P, Mah-Bi Guessman, Traore M et al. Trends in Condom Use Between 1991 and 1997 and Obstacles to 100% Condom Use in Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire (tendances au recours au préservatif entre 1991 et 1997 et obstacles à son utilisation à 100 % chez les travailleuses du sexe à Abidjan, Côte d'Ivoire). 12e Conférence Mondiale sur le SIDA, Genève, 28 juin — 3 juillet 1998. Abrégé 33101.

Gilks C, Floyd K, Haran D, Kemp J, Squire B, Wilkinson D. *Sexual Health and Health Care : Care and support for people with HIV/AIDS in resource-poor settings* (la santé sexuelle et les soins de santé : soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH-sida dans des conditions pauvres). Londres : Département du développement international, 1998.

Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases (Impact du Programme thaïlandais pour la lutte contre le VIH comme en témoigne la baisse des maladies sexuellement transmissibles). *Lancet* 1994 ; 344 : 243-245.

- Marlink R, Ramanathan K, Coll-Seck A. Treatment now : For HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa (traitement d'aujourd'hui pour le VIH-sida en Afrique subsaharienne). Rapport présenté au sommet Africa Now ! (l'Afrique d'aujourd'hui), sommet de premier plan pour définir les priorités africaines à l'égard du VIH-sida. Addis-Abeba, Ethiopie, 2000.
- OMS. Policy Statement on Preventive Therapy Against Tuberculosis in People Living with HIV (déclaration stratégique sur les traitements préventifs de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH). OMS/TB/98.225 ; ONUSIDA 98.34. Genève : OMS, 1999.
- OMS. Use of Antiretroviral Treatments in Adults with Particular Reference to Resource Limited Settings (Application de traitements antirétroviraux chez les adultes en mettant l'accent sur les conditions aux ressources limitées, 2000. (www.who.int/HIV_AIDS/WHO_HIV_2000.04/002.htm).
- ONUSIDA. Conseil et VIH-sida, Best Practice Collection-Technical Update, novembre 1997.
- ONUSIDA. Application de traitements antirétroviraux chez les adultes en mettant l'accent sur les conditions aux ressources limitées, 2000. (http://www.who.int/HIV_AIDS/WHO_HIV_2000). Eléments primordiaux des soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH-sida. Projet de document de travail. Genève : OMS/ONUSIDA.
- ONUSIDA. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des experts techniques recommandent l'application de régimes thérapeutiques antirétroviraux ne se limitant pas aux projets pilotes. Communiqué de presse, Genève, 22 octobre 2000.
- ONUSIDA. Consensus général de l'ONUSIDA/OMS sur le traitement préventif par Cotrimoxazole des infections associées au VIH en Afrique. Communiqué de presse de l'ONUSIDA, Genève, 5 avril 2000.
- ONUSIDA/Ministère de la Santé publique, Thaïlande. Extension du champ d'action : des projets pilotes aux réponses nationales. Rapport du 5^e atelier asiatique, Bangkok, 12-16 février 2001. Programme de l'ONUSIDA pour la région du Pacifique, Bangkok, Thaïlande, 2001.
- Osborne CM, van Praag E, Jackson H. Models of care for patients with HIV/AIDS (modèles de soins pour les patients atteints du VIH-sida). *AIDS* 1997 ; 11 (suppl. B) : S135-41.
- Rhodes T, Simon G, Crofts N, Ball A, Dehne K, Khodakevich L. Drug injecting, rapid HIV spd, and the "risk environment" (injection de drogues, propagation rapide du VIH et "environnement à risque". Justifications d'évaluation et d'intervention.) *AIDS* 1999 ; 13 (suppl. A) : S259-69.
- Steen R. et al. Evidence of declining STD prevalence in South African mining community following a core group intervention (signes de déclin de la prévalence des MST dans une communauté minière de l'Afrique du Sud à la suite d'une intervention collective de base). *Sex Trans Dis* 2000 ; 1 : 1-8.
- Strathdee SA, van Amerijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov D. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented ? (l'épidémie de VIH chez les consommateurs de drogues injectables peut-elle être évitée ?) *AIDS* 1998 ; 12 (suppl. A) : S71-S79.
- Watts C, Kumaranayake L. Thinking big, scaling-up HIV-1 interventions in sub-Saharan Africa (projet ambitieux : amplification des interventions de lutte contre le VIH-1 en Afrique subsaharienne). *Lancet* 1999 ; 354 : 1492.

Références OEV

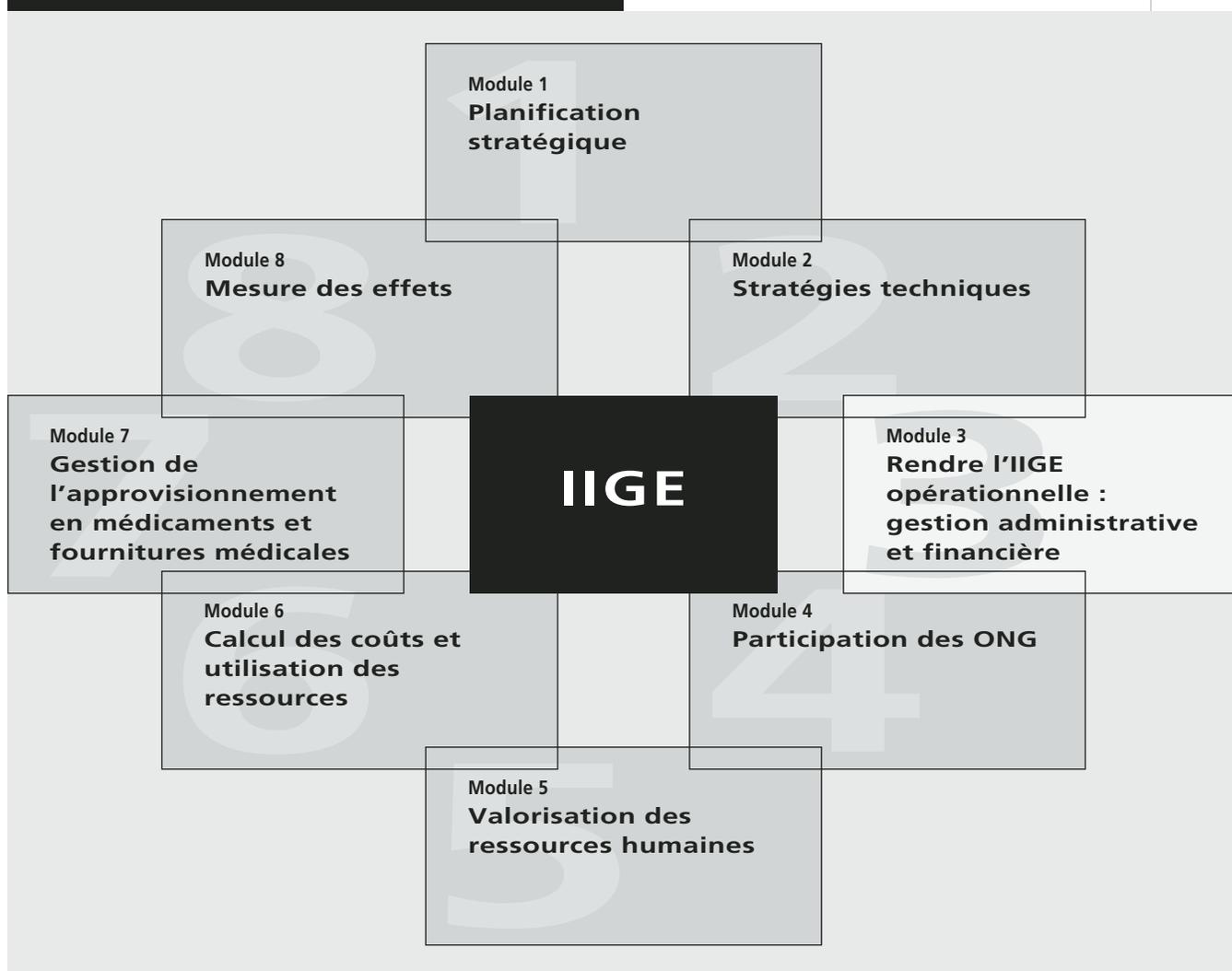
- Bruce J, Lloyd C, Leonard A. *Families in Focus : New perspectives on mothers, fathers, and children* (l'attention centrée sur les familles : nouvelles perspectives à l'égard des mères, des pères et des enfants). New York : Population Council, 1995.
- Budlender D (éd.). *The Women's Budget* (le budget des femmes). Cape Town : Institute for Democracy in South Africa, 1996.
- Community Mobilization and AIDS : UNAIDS Technical Update (la mobilisation communautaire et le sida : mise à jour technique de l'ONUSIDA). Genève : ONUSIDA, 1997.

- Donahue J, Williamson J. *Developing Interventions to Benefit Children and Families Affected by HIV/AIDS : A Review of the COPE Program in Malawi* (élaboration d'interventions au profit des enfants et familles affectées par le VIH-sida : examen du programme COPE au Malawi). Washington : USAID, Fonds des enfants et orphelins déplacés, 1996.
- Donahue J, Williamson J. *Community Mobilization to Mitigate the Impacts of HIV/AIDS* (mobilisation communautaire pour atténuer l'impact du VIH-sida). Washington : USAID, Fonds des enfants et orphelins déplacés, 1999.
- Hunter S. *Building a Future for Families and Children Affected by HIV/AIDS : Report on a two-year project for care and protection programs for children affected by HIV/AIDS* (bâtir un avenir pour les familles et les enfants affectés par le VIH-sida : rapport sur un projet de deux ans pour l'exécution de programmes de soins et de protection à l'intention des enfants affectés par le VIH-sida). New York : UNICEF/Division de la protection de l'enfance, 1999.
- Hunter S, Williamson J. *Children on the Brink : Strategies to support children isolated by HIV/AIDS* (Enfants en grand danger : stratégies de soutien aux enfants isolés par suite du VIH-sida). Washington : USAID, 1997.
- Mutangadura G, Mukurazita D, Jackson H. *A Review of Household and Community Responses to the HIV/AIDS Epidemic in the Rural Areas of Sub-Saharan Africa* (examen des réponses, à l'échelon ménager et communautaire, à l'épidémie de VIH-sida en milieu rural de l'Afrique subsaharienne). Genève : ONUSIDA, 1999.
- ONUSIDA, UNICEF. *Children Orphaned by AIDS : Front-line responses from eastern and southern Africa* (orphelins du sida : réponses appliquées en Afrique orientale et australe). Genève : ONUSIDA, 1999.
- UNICEF. *Principes d'orientation des programmes à l'intention des orphelins et autres enfants vulnérables, rapport préliminaire 3*. New York : UNICEF, 2001.
- Williamson J, Armstrong S. *Actions à l'intention des enfants affectés par le sida : Profils de programme et bilan des enseignements*. New York et Genève : UNICEF et OMS, 1994.

Module 3

Rendre l'IIGE opérationnelle : gestion administrative et financière

Eléments d'une intervention intégrée
et à grande échelle



Aperçu

- Comment les structures et systèmes de soins sont-ils déterminés compte tenu des besoins locaux ?
- D'où proviendront les fonds ?
- Comment la justification de l'utilisation des fonds sera-t-elle assurée ?

Pour la mise en place d'une IIGE, un grand nombre de questions doivent être abordées. Ce module aidera les intéressés à prendre en considération les questions de base concernant la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes pour prévenir et soigner le VIH-sida. Le module 3 est conçu de manière à faciliter le dialogue entre les intéressés et à fournir des instruments de décision lors de la mise en œuvre de programmes pour répondre à une épidémie VIH-sida. Ce module :

- Présente des principes directeurs pour l'exécution d'une réponse au VIH-sida et la gestion des ressources.
- Examine les aspects de décentralisation concernant la planification, le financement et les programmes.
- Examine les possibilités de mécanismes de transfert de ressources pour soutenir une IIGE.
- Aborde les systèmes de gestion des ressources et de justification de leur emploi.
- Examine les interventions pour améliorer la gestion administrative et financière aux niveaux communautaire, local, provincial et du gouvernement central.
- Étudie l'intégration des activités de lutte contre le VIH-sida dans les programmes de développement.
- Envisage les possibilités de reproduction des méthodes et modèles les plus performants.
- Présente des questions d'ordre primordial que les intéressés devraient examiner lors de la mise en œuvre des aspects opérationnels d'une IIGE.
- Fournit des exemples d'études de cas sur la mise à exécution d'une IIGE.
- Fournit des références et ressources à titre de lecture complémentaire.

Principes directeurs

Des principes de base peuvent guider les intéressés dans leur prise de décisions concernant la mise en œuvre d'une IIGE dans leur pays. Il convient de

Principes directeurs pour la gestion administrative et financière dans le cadre d'une IIGE au VIH-sida

Gouvernance participative

- Assurer l'entière participation du gouvernement, du secteur privé et de la société civile — y compris des jeunes, des personnes vivant avec le VIH-sida et des femmes — à tous les aspects de la gouvernance, de la conception et de la mise en œuvre de l'IIGE.
- Faire reposer les structures de gestion administrative et financière de l'IIGE sur des priorités définies à l'échelon local avec la collaboration d'experts.

Justification de l'emploi des ressources et des résultats

- Assurer l'entière justification de l'emploi des ressources, la transparence et l'efficacité.
- Appliquer une démarche axée sur les résultats en déterminant des objectifs précis pour mesurer la réussite de l'intervention.
- Assurer le transfert des fonds moyennant des mécanismes efficaces, transparents et décentralisés avec un minimum de tracasseries administratives.

prendre en considération deux domaines primordiaux — la gouvernance participative et la justification de l'emploi des ressources et des résultats — lorsque l'on envisage de mettre en place des mécanismes de gestion administrative et financière novateurs et nouveaux.

Décentralisation de la planification, du financement et des programmes

Des programmes décentralisés sont en train d'être conçus et exécutés par les gouvernements dans tout le monde en développement. Ces programmes comportent souvent de grandes réformes structurelles, en particulier dans les secteurs de la santé et de l'éducation qui sont d'une importance primordiale dans les programmes de soins et de prévention du VIH-sida. L'orientation de base de cette réforme est de transférer l'autorité et la responsabilité de la planification et du financement des programmes du gouvernement central aux autorités régionales afin

Questions d'exécution primordiales pour la décentralisation

- Quel est le stade de décentralisation du pays ?
 - Existe-t-il un plan de décentralisation approuvé par le gouvernement ?
 - L'autorité décisionnelle est-elle transférée aux responsables régionaux ?
 - Des ressources sont-elles transférées aux districts pour l'exécution des programmes locaux ?
- Quelles sont les possibilités et les difficultés qu'un programme de décentralisation générale présente à l'égard de la conception et de la mise en œuvre d'une IIGE ?
- Le pays décentralise-t-il son intervention de lutte contre le VIH-sida ?
 - Les autorités locales sont-elles habilitées à gérer les ressources pour soigner et prévenir le VIH-sida ?
 - Les autorités locales travaillent-elles avec des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires à l'exécution d'une IIGE à l'échelon local et communautaire ?
 - Les personnes vivant avec le VIH-sida (PVS) sont-elles incluses dans les activités de conception et d'exécution des programmes ?

d'assurer un réseau de services qui soit à la fois économique et équitable.

Répondant aux initiatives de décentralisation, les bailleurs internationaux modifient leur démarche en apportant leur appui à des Programmes de démarche sectorielle (PAS), qui sont une collaboration conjointe entre gouvernements et bailleurs internationaux pour concevoir et mettre en œuvre un plan stratégique. Les PAS sont destinés à améliorer l'efficacité et l'incidence de l'aide au développement par la mise en commun de ressources et d'assistance technique pour soutenir un plan stratégique commun. La notion PAS est en train d'être appliquée aux besoins des secteurs de la santé, de l'éducation et de l'agriculture dans bon nombre de pays aux ressources limitées.

L'IIGE peut améliorer et renforcer ces stratégies de décentralisation des gouvernements et des bailleurs. Les principaux secteurs engagés dans la planification et le financement de services décentralisés sont les secteurs de la santé et de l'éducation du pays considéré.

Questions d'exécution primordiales pour l'IIGE et les PAS

- Des programmes sectoriels sont-ils planifiés ou mis en œuvre dans votre pays ?
 - Dans le secteur de la santé ?
 - Dans le secteur de l'éducation ?
 - Dans d'autres secteurs ?
- L'exécution d'interventions de soins et de prévention du VIH-sida est-elle intégrée aux plans sectoriels ?
 - Des ressources PAS sont-elles affectées aux programmes VIH-sida ?
- Quelles sont les possibilités et les difficultés que les PAS présentent à l'égard de la mise en œuvre d'une IIGE ?

Réseaux de services sectoriels décentralisés pour soutenir une IIGE

Il existe de nombreux réseaux de services sectoriels qui peuvent soutenir une IIGE, notamment :

- La planification stratégique à l'échelon national, d'état et régional
- Les mécanismes pour faciliter le transfert de fonds à la communauté
- Les systèmes de gestion administrative et financière
- Les systèmes d'information de gestion de la santé
- La valorisation des ressources humaines
- Le renforcement des capacités organisationnelles, techniques et opérationnelles des secteurs public et privé
- La gestion améliorée de l'approvisionnement et de l'utilisation des médicaments et des fournitures médicales
- La mobilisation et la participation communautaires
- La mise en valeur des partenariats entre secteurs public et privé

Des suggestions pour traiter au mieux les huit mécanismes prioritaires d'exécution d'une IIGE sont illustrées au tableau qui suit.

Les intéressés et les planificateurs, lorsque qu'ils recherchent des moyens de maximiser l'exécution d'une IIGE dans le cadre des huit mécanismes cités plus haut, peuvent prendre en considération les principes suivants :

- Le plan IIGE devra être conçu dans un cadre organisationnel prévoyant la planification et la gestion de stratégies participatives. Il sera bon de

Réseaux de services sectoriels décentralisés pour soutenir une IIGE

Mécanisme d'exécution	Optimisation de l'exécution d'une IIGE
Volonté politique et défense des intérêts	<ul style="list-style-type: none"> ■ Influence politique, religieuse et du secteur privé requise pour créer un environnement favorable à l'exécution d'une IIGE ■ Les assemblées nationales rendent les dirigeants responsables de l'action ■ Les groupes de défense des intérêts de la société civile rendent les dirigeants responsables de l'action
Planification stratégique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutien conjoint au plan national/régional de stratégie de lutte contre le VIH-sida (plans triennaux ou quinquennaux) ■ Intégration du VIH-sida aux plans stratégiques sectoriels ■ Soutien conjoint aux plans de stratégie VIH-sida pluri-sectoriels à l'échelon régional (plans d'un à deux ans) ■ Les structures de partenariat pour assurer la gestion stratégique des activités de planification, d'exécution et de suivi doivent être adaptées aux différentes interventions prioritaires (les programmes s'adressant aux travailleurs du sexe peuvent nécessiter un réseau d'ONG, alors que les programmes CDV peuvent nécessiter un modèle de partenariat public-privé) ■ Définition de critères de décentralisation des ressources des programmes VIH-sida et des responsabilités ■ Lien entre la planification stratégique et le cycle du budget
Système de gestion administrative et financière	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordination de la gestion des ressources et du système de suivi commun et/ou coordonné des fonds provenant de toutes les sources ■ Etablissement et/ou renforcement d'un système coordonné capable d'assurer le suivi des ressources qui financent l'exécution décentralisée de l'intervention par des partenaires publics et privés ■ Exécution de contrôles financiers périodiques ■ Décisions législatives pour assurer l'affectation de ressources aux programmes VIH-sida, à l'échelon national, d'état et local
Système d'information en matière de suivi et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutien conjoint et cofinancement d'une structure de suivi et d'évaluation de l'intervention nationale, d'état et locale au VIH-sida ■ Equipes d'évaluation composées de plusieurs partenaires pour conduire des examens conjoints
Systèmes d'amélioration de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Systèmes de gestion pour améliorer la qualité, notamment des systèmes de supervision positive, d'évaluation des résultats et d'auto-surveillance
Services juridiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conclusion de contrats avec le secteur privé et les ONG partenaires
Achat et distribution de biens et services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en commun et/ou coordination des ressources pour l'achat de biens ■ Mise en commun et/ou coordination des ressources pour l'obtention d'assistance technique ■ Systèmes de logistique et de distribution rationalisés/intégrés
Mécanismes de justification de l'emploi des ressources	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mécanismes de justification à l'échelon de la société civile (par exemple Transparency International) ■ Services gouvernementaux de lutte contre la corruption (Vérificateur général des comptes, Ministère des Finances, Assemblée nationale) ■ Programmes anti-corruption des partenaires internationaux

définir les actions à prendre, les ressources qui seront requises et les résultats escomptés.

- Les intéressés doivent investir des ressources et des efforts suffisants pour élaborer un système de gestion administrative et financière qui puisse assurer le suivi de l'acheminement des ressources IIGE du niveau national à l'échelon local. Il est très important d'instaurer et de renforcer des mécanismes de justification de l'utilisation des fonds dans le cadre de ce système.
- Il est indispensable que les intéressés s'entendent sur une méthodologie de suivi et d'évaluation des résultats lors de la conception d'une IIGE décentralisée. On peut avoir recours, chaque fois que possible, aux systèmes d'information de gestion de la santé et aux enquêtes nationales standard, bien que l'élaboration d'un système de suivi et d'évaluation uniformisé de l'IIGE soit l'idéal. Le suivi et l'évaluation portent davantage sur les indicateurs de résultat et d'impact que sur les indicateurs de déroulement.
- La conception d'une IIGE nécessite l'achat de médicaments, de fournitures médicales et autres biens. Les intéressés devront mettre au point et soutenir des mécanismes de passage de marché efficaces et avantageux, tels que l'achat en grandes quantités. De nombreux pays disposent de systèmes de distribution parallèles assurés par des ONG et/ou des activités du secteur privé qui pourront être pris en considération pour apporter un soutien aux investissements internationaux.

Questions d'exécution primordiales pour optimiser la mise en œuvre d'une IIGE

- Les entreprises, les organisations religieuses et les ONG ont-elles intégré un volet VIH-sida à leurs plans stratégiques ?
- Les partenaires se sont-ils entendus sur un dispositif commun pour suivre et évaluer l'avancement des travaux ?
- Quels sont les domaines cruciaux de la structure de gestion — santé et autres secteurs — qui doivent être renforcés pour que l'IIGE réussisse ?

Mécanisme de transfert des ressources nationales pour le financement d'une IIGE

Lorsque les pays se préparent à lancer une IIGE, ils doivent prendre en considération des mécanismes

novateurs pour permettre le transfert des ressources aux programmes sur le terrain. Certains gouvernements ont créé des Fonds d'action nationale pour la réduction de la pauvreté (FARP), notamment en Ouganda, ou des Fonds d'intervention contre le VIH-sida, comme au Ghana. Si les FARP font habituellement partie du budget public général, ils peuvent être conçus de manière à assurer que les ressources soient acheminées vers des unités d'exécution décentralisées à l'échelon du district ou du sous-district — et peuvent parfois fournir directement des ressources à des ONG décentralisées et à des partenaires du secteur privé. La fiabilité des mécanismes de transfert de ressources affecte la capacité d'un gouvernement à mettre en œuvre une IIGE et à attirer des aides et ressources extérieures supplémentaires.

Systèmes de gestion des ressources et de justification de leur emploi

A ce jour, on ne dispose pas d'exemple sur l'expérience spécifique des pays en ce qui concerne la justification de l'utilisation des fonds HIV/SIDA ; cependant, au fur et à mesure que des ressources de plus en plus nombreuses sont mobilisées pour la lutte contre le VIH-sida, la justification de leur emploi devient une question de plus en plus importante. Les gouvernements établissent régulièrement des services indépendants de lutte contre la corruption à l'échelle nationale. En outre, des groupements de la société civile et des partenaires internationaux ont conçu et mis en œuvre des programmes de lutte contre la corruption dans certains pays. L'utilisation des fonds peut être considérablement améliorée par l'exécution simultanée, par le gouvernement, la société civile et les partenaires internationaux, de programmes de lutte contre la corruption.

Certains groupements de la société civile mettent au point des mécanismes de justification de l'utilisation des fonds qui viennent compléter les efforts anti-corruption déployés par les gouvernements de certains pays. Le Réseau de la dette de l'Ouganda a établi des équipes de suivi de la pauvreté (PMT) à l'échelon des districts. Transparency International (TI), organisation qui traite le problème de la corruption, est active dans plus de 77 pays. Les chapitres nationaux de TI sont au cœur du mouvement mondial de lutte contre la corruption et ils œuvrent à la conception de stratégies nationales pour atténuer la corruption en faisant pression auprès des gouvernements, en sensibilisant les médias et réunissant des personnes préoccupées par la corruption dans leur pays.

Les réponses pour améliorer la gestion administrative et financière dans le cadre d'une IIGE

L'intervention pour améliorer la gestion administrative et financière dans le cadre d'une IIGE est examinée à quatre niveaux différents : communautaire, local ou régional, provincial ou d'état et national/central.

Réponse à l'échelon communautaire

L'un des obstacles majeurs à la mise en œuvre d'interventions VIH-sida est la difficulté d'accès. Des résultats positifs importants peuvent être accomplis en procédant à des interventions plus proches des populations cibles et en faisant participer activement ces populations aux prestations de services. La décentralisation et les méthodologies de développement participatif, telles que l'apprentissage participatif par l'action (APA), offrent de nouvelles opportunités de créer des partenariats entre prestataires de services et communautés. Les principaux partenaires à l'échelon communautaire sont les chefs religieux et traditionnels, les ONG, les organisations communautaires, les comités/structures communautaires et les associations de développement communautaire. A l'aide de ces nouveaux partenariats, les communautés peuvent s'efforcer de :

- Identifier et résoudre les problèmes ;
- Renforcer des partenariats novateurs entre les services des secteurs de la santé et de l'éducation et les programmes de niveau communautaire ;
- Améliorer l'accès aux interventions dans les zones à risque élevé et l'approvisionnement des prestataires de services formés en produits essentiels ;
- Elargir les systèmes d'aiguillage, et
- Instaurer des partenariats intersectoriels pour la conduite d'interventions intégrées.

De nombreux pays sont en train d'établir des structures communautaires (ou de s'appuyer sur celles qui existent déjà) pour soutenir des interventions de soins et de prévention du VIH-sida ; les Comités de coordination communautaire en matière de sida n'en sont qu'un exemple.

Réponse à l'échelon local ou régional

La réponse à l'échelon local ou régional représente une stratégie opérationnelle décisive, en particulier dans les pays enregistrant une hausse de la prévalence VIH, étant donné qu'elle établit des priorités d'intervention que les intéressés exécuteront à l'échelon local. Une réponse menée à l'échelon du district devra :

- Etablir une unité de coordination ou groupe de travail ayant une vision commune sur la mobilisation des actions pour lutter contre le VIH-sida.
- Conduire une analyse de la situation pour l'ensemble du district qui mobilise les intéressés et aide à dégager des informations pour la préparation du plan stratégique.
- Elaborer un plan stratégique pour l'ensemble du district qui établisse des priorités d'intervention pour des populations cibles spécifiques, définisse des responsabilités sectorielles, développe les ressources nécessaires à l'exécution des interventions et expose clairement les résultats escomptés.
- Permettre au district de recevoir et de gérer des ressources qui pourront être transférées aux exécutants locaux, situés dans les communautés.
- S'assurer que les coordinateurs de l'intervention de lutte contre le sida conduite à l'échelon du district sont responsables du suivi et de l'évaluation de l'impact des ressources.

Questions d'exécution primordiales pour une réponse à l'échelon communautaire et local/régional

- Les interventions peuvent-elles être conduites rapidement, à l'échelon du district et de la communauté, par les structures administratives existantes ou l'IIGE nécessite-t-elle la réorganisation des structures gouvernementales et non gouvernementales pour réussir ?
- Des structures sont-elles en place à l'échelon du district (par exemple groupes de travail en matière de VIH-sida) pour mobiliser les partenaires des secteurs public et privé à intervenir par une réponse efficace ?
- Le district dispose-t-il de la capacité à mettre en œuvre et soutenir des méthodologies d'activation à l'échelon communautaire ?

Réponse à l'échelon provincial et régional	
Compétences organisationnelles et gestionnaires	Compétences techniques
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboration de systèmes organisationnels et gestionnaires 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification stratégique
<ul style="list-style-type: none"> ■ Animation ■ Résolution des conflits/renforcement des équipes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interventions techniques en matière de VIH-sida et à l'intention des orphelins et enfants vulnérables (OEV) et démarches d'exécution
<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion financière 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivi et évaluation
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilisation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Méthodologies participatives

Source : Project Concern International 1998.

Réponse à l'échelon provincial ou d'état

Dans bien des pays, le gouvernement provincial ou d'état sert d'autorité intermédiaire entre le gouvernement national et le gouvernement régional. Les responsables du niveau provincial et régional assument des responsabilités de divers niveaux en ce qui concerne la planification, de l'affectation des ressources et de l'accomplissement des résultats. Le tableau qui suit fait ressortir certaines des compétences qui peuvent être renforcées à l'échelon local/régional et à l'échelon provincial ou régional.

Réponse à l'échelon central/national

Un volet essentiel de l'élaboration d'une IIGE est l'établissement et le renforcement d'un organe national de coordination des questions relatives au VIH-sida. Cet organe doit avoir une autorité institutionnelle indépendante qui soit directement rattachée aux fonctions politiques les plus élevées du gouvernement.

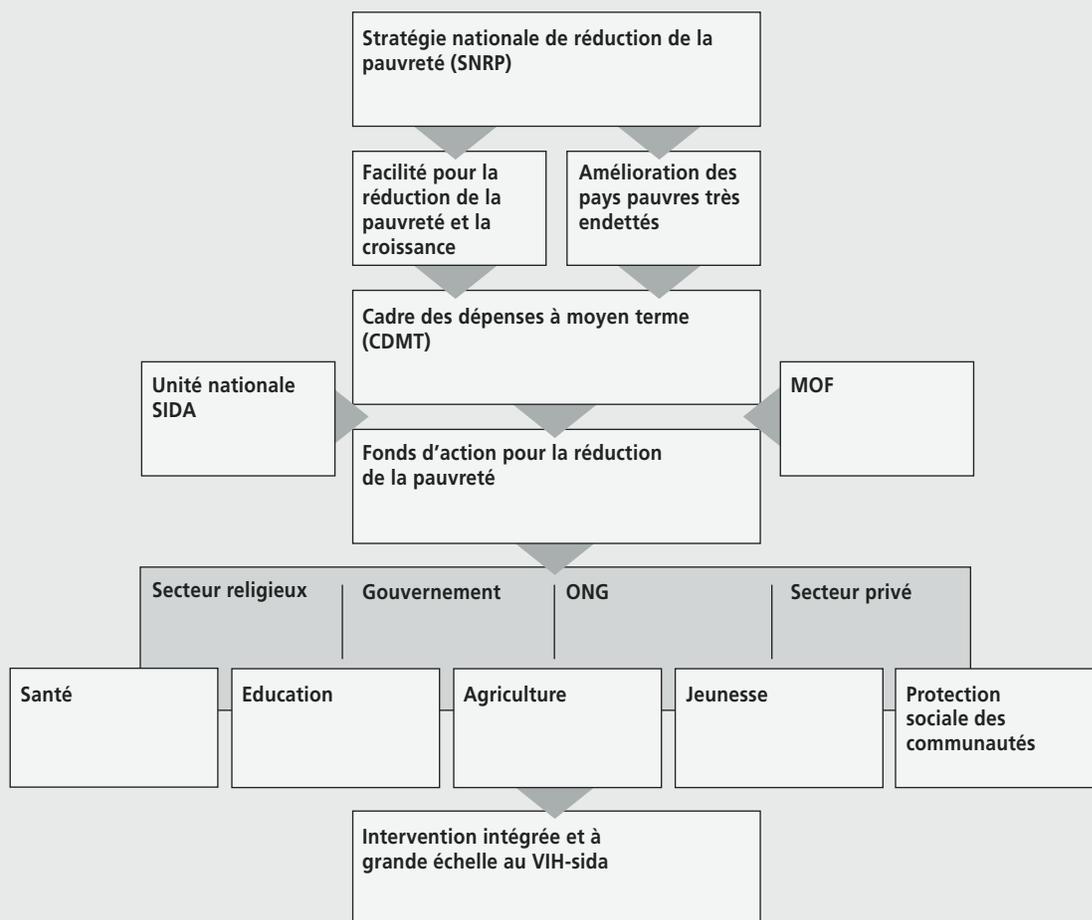
Un organe national de coordination des questions relatives au VIH-sida pourra contribuer à instaurer des liens stratégiques avec le Ministère des Finances afin d'assurer l'intégration des programmes VIH-sida aux programmes de développement et aux divers programmes sectoriels. Le Ministère des Finances pourra rendre les programmes sectoriels responsables des résultats accomplis. Il est important que les organes nationaux de coordination aient la capacité de mettre en œuvre et de diriger les processus de planification stratégique, conduire l'analyse stratégique, concevoir des démarches opérationnelles pour l'exécution des interventions et, enfin, d'établir un centre d'information.

Intégration du VIH-sida aux programmes de développement

Les intéressés reconnaissent les possibilités de mobilisation de ressources et de garantie d'un engagement politique pour lutter contre la crise de VIH-sida. Dans certains pays africains, les intéressés déploient des efforts pour intégrer l'intervention VIH-sida au calendrier des programmes de développement. Un des principaux objectifs est d'utiliser les ressources d'allègement de la dette pour décupler cette réponse. Les actions prioritaires énumérées ci-après peuvent être envisagées lors des efforts d'intégration du VIH-sida aux programmes de développement :

- Faire de la question VIH-sida une priorité supra-sectorielle et l'intégrer aux stratégies nationales de réduction de la pauvreté (SNRP) ou aux SNRP intermédiaires (SNRPi). La Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) sont en train d'aider les gouvernements à établir des SNRP approfondies, qui sont requises pour les programmes de prêt et les initiatives d'allègement de la dette de la Banque mondiale et du FMI. Le FMI met à exécution son principal programme de prêts par le biais de la Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC), alors que la Banque mondiale octroie des prêts par le biais de l'Association internationale de développement (IDA).
- Achever les plans de stratégie nationale pour lutter contre le VIH-sida. S'assurer que les plans formulent clairement les objectifs, les cibles

Intégration du VIH-sida aux instruments de développement



Questions d'exécution primordiales pour l'intégration du VIH-sida aux programmes de développement

La question du VIH-sida a-t-elle été intégrée, en tant que priorité supra-sectorielle, aux instruments de développement national énumérés ci-dessous :

- Le Plan/Programme de développement national ?
- La stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP) ?
- Le Cadre d'aide au développement des Nations Unies ?
- Le Cadre de développement commun de la Banque mondiale ?
- Le Cadre des dépenses à moyen terme

d'efficacité, les priorités d'action et les budgets requis.

- Veiller à ce que les programmes d'allègement de la dette, en particulier au titre de l'Initiative des pays pauvres très endettés, prévoient de grands engagements à l'égard des cibles d'efficacité contenues dans les SNRP et les plans de stratégie nationale à l'égard du VIH-sida.
- Incorporer entièrement les réponses de lutte contre le VIH-sida et de soutien aux OEV dans le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du pays.
- Etablir un mécanisme de transfert des ressources pour assurer que les exécutants décentralisés, du secteur public et du secteur privé, font le meilleur emploi des économies budgétaires réalisées sur l'allègement de la dette et autres ressources.

Le tableau qui précède présente l'intégration du VIH-sida aux programmes de développement.

Reproduction des méthodes et modèles les plus performants

Un grand défi auquel se heurtent les pays qui ont commencé à s'attaquer au VIH-sida : trouver comment identifier, diffuser et reproduire avec efficacité les méthodes et modèles les plus performants dans d'autres districts et communautés. Les actions énumérées ci-après sont proposées pour reproduire les méthodes les plus performantes, dans l'optique de l'IIGE.

- Sélectionner des programmes ou groupes très performants, à l'échelon communautaire ou régional, qui offrent les meilleurs exemples de IIGE. Les sites modèles devront accepter de servir de centres de formation et de démonstration pour leur pays et/ou région.
- Faire en sorte que les intéressés investissent dans les sites modèles et les transforment en centres d'apprentissage IIGE.
- Utiliser les centres d'apprentissage IIGE pour former des groupes à appliquer les concepts dans leurs communautés et programmes locaux.

Questions d'exécution primordiales pour la reproduction des méthodes et modèles les plus performants dans le cadre d'une IIGE

- Existe-t-il un mécanisme national ou provincial qui permette de repérer et de reproduire les méthodes les plus performantes dans le cadre d'une réponse VIH-sida ?
- Existe-t-il des organisations en réseaux qui puissent assumer la responsabilité du transfert de ressources et de la justification de leur emploi pour des ONG décentralisées ? Comment ces organisations de subvention intermédiaires peuvent-elles être consolidées ?

Questions primordiales pour rendre une IIGE opérationnelle

Ce qui suit est une liste des questions primordiales que doivent considérer les directeurs et planificateurs de programmes pour rendre une IIGE opérationnelle. La liste compile toutes les questions d'exécution primordiales envisagées dans ce module.

Questions d'exécution primordiales pour rendre une IIGE opérationnelle — 1

Décentralisation

Quel est le stade de décentralisation du pays ?

- Le gouvernement a-t-il approuvé un plan de décentralisation ?
- Un pouvoir de décision est-il délégué aux autorités régionales ?
- Des ressources sont-elles transférées aux districts pour le financement de programmes locaux ?

Quelles sont les possibilités et les difficultés qu'un programme de décentralisation générale présente à l'égard de la conception et de la mise en œuvre d'une IIGE ?

Le pays décentralise-t-il son intervention pour faire face à la crise du VIH-sida ?

- Les autorités locales sont-elles habilitées à gérer les ressources pour soigner et prévenir le VIH-sida ?
- Les autorités locales travaillent-elles avec des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires à l'exécution d'une IIGE à l'échelon local et communautaire ?
- Les personnes vivant avec le VIH-sida (PVS) sont-elles incluses dans les activités de conception et d'exécution des programmes ?

IIGE et PAS

Des programmes de démarche sectorielle (PAS) sont-ils planifiés ou mis en œuvre dans votre pays ?

- Dans le secteur de la santé ?
- Dans le secteur de l'éducation ?
- Dans d'autres secteurs ?

Des interventions de prévention et de soins du sida sont-elles intégrées aux plans sectoriels ?

Est-ce que des ressources PAS sont affectées aux programmes VIH-sida ?

Quelles sont les possibilités et les difficultés que les PAS présentent à l'égard de la mise en œuvre d'une IIGE ?

Optimisation de la mise en œuvre d'une IIGE

Les entreprises, les organisations religieuses et les ONG ont-elles intégré un volet VIH-sida à leurs plans stratégiques ?

Les partenaires se sont-ils entendus sur un système commun pour suivre et évaluer l'avancement des travaux ?

Quels sont les domaines cruciaux de la structure de gestion — santé et autres secteurs — qui doivent être renforcés pour entraîner le succès de l'IIGE ?

Questions d'exécution primordiales pour rendre une IIGE opérationnelle — 2

Réponse à l'échelon communautaire et local/régional

Les interventions à l'échelon du district et de la communauté peuvent-elles être conduites rapidement par les structures administratives existantes ou une IIGE nécessite-t-elle la réorganisation des structures gouvernementales et non gouvernementales pour réussir ?

- Des structures sont-elles en place à l'échelon du district (par exemple groupes de travail en matière de VIH-sida) pour mobiliser les partenaires des secteurs public et privé à intervenir par une réponse efficace ?
- Le district dispose-t-il de la capacité à mettre en œuvre et soutenir des méthodologies d'activation à l'échelon communautaire ?

Intégration de la question du VIH-sida aux programmes de développement

La question du VIH-sida a-t-elle été intégrée, en tant que priorité supra-sectorielle, aux instruments de développement national énumérés ci-dessous :

- Le Plan/Programme de développement national ?
- La stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP) ?
- Le Cadre d'aide au développement des Nations Unies ?
- Le Cadre de développement commun de la Banque mondiale ?
- Le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) ?

Reproduction des méthodes et modèles les plus performants dans le cadre d'une IIGE

Existe-t-il un mécanisme national ou provincial qui permette de repérer et de reproduire les méthodes les plus performantes dans le cadre d'une réponse VIH-sida ?

Existe-t-il des organisations en réseaux qui puissent assumer la responsabilité du transfert de ressources et de la justification de leur emploi pour des ONG décentralisées ? Comment ces organisations de subvention intermédiaires peuvent-elles être consolidées ?

Liste de lectures complémentaires

- Apuuli DK. Debt-for-AIDS : Uganda's Experience (allègement de la dette pour la lutte contre le sida : expérience de l'Ouganda). Réunion satellite sur le Partenariat international de lutte contre le sida en Afrique (IPAA). 13^e Conférence internationale sur le SIDA. Durban, 2000.
- Cassel A. Aid instruments and health systems development : an analysis of current practice (instruments d'aide et développement des systèmes de soins : analyse des pratiques actuelles). *Health Policy and Planning* 1996 ; 11 (4) : 354-68.
- Cassels A. *A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development : Concepts, issues and working arrangements* (guide des démarches sectorielles pour améliorer la santé : concepts, questions et dispositions pratiques). Genève : OMS, 1997.
- Cassels A. Janovsky K. Better health in developing countries : Are sector-wide approaches the way of the future ? (meilleure santé dans les pays en développement : les démarches sectorielles sont-elles la voie de l'avenir ?) *Lancet* 1998 ; 352 : 1777-79.
- Commission de l'Ouganda sur le SIDA. Résumé de recommandations pour l'intégration de l'intervention de lutte contre le VIH-sida dans le Plan d'action pour l'élimination de la pauvreté (PEAP) et le Fonds d'action pour la réduction de la pauvreté (PAF), mai 2000.
- Decosas J. The local response to HIV in Africa : a question of scale (l'intervention locale au VIH en Afrique : une question d'échelle). *AIDS Analysis Africa*, février/mars 2000 ; 10(5).
- Harrold P and Associates. The Sector Approach to Investment Lending : Sector investment programs (la démarche sectorielle relative aux prêts d'investissement). Document de travail 302 : Africa Technical Department Series. Banque mondiale, 1995.
- Hunter SH. *Reshaping Societies HIV/AIDS and Social Change : A resource book for planning, programs, and policy making* (réorganiser les sociétés : le VIH-sida et le changement social : manuel de ressource en matière de planification, de programmes et d'élaboration de la politique). New York : Hudson Run Press, 2000.

- Ministère de la Santé, République de Zambie. Principes directeurs pour la préparation de documents de projet d'appui au secteur de la santé à l'intention de tous les partenaires collaborant à cet effort, mai 1997.
- OMS/SHS/83.6. Participation communautaire aux systèmes de soins de santé primaires. Rapport recommandant des politiques et actions spécifiques pour promouvoir et encourager la participation communautaire aux systèmes de soins de santé primaires, assorti d'informations de référence sur la mobilisation communautaire. Genève : OMS/SHS.
- ONUSIDA. Guide de planification stratégique pour une réponse nationale au VIH-sida. Genève : ONUSIDA, mai 1999.
- ONUSIDA. *The International Partnership Against AIDS in Africa. A Framework for Action* (le partenariat international contre le sida en Afrique. Un cadre d'action). Genève : ONUSIDA, mai 2000.
- ONUSIDA. *Resource Guide for Theme Groups : Working together on HIV/AIDS (guide de ressource pour des groupes thématiques : s'efforcer ensemble de lutter contre le VIH-sida)*. Genève : ONUSIDA, Sans date.
- ONUSIDA/OMS. *District Response Initiative. A practical guide to implement an expanded response to HIV/AIDS at the local level (Guide pratique pour l'exécution d'une réponse intégrée à l'échelle locale au VIH-sida)*. Genève : ONUSIDA/OMS, novembre 1999.
- Pervilhac C, Kipp W, Babikwa D, et al. The District Response Initiative (DRI) : Missing Link in HIV/AIDS control, a situation analysis in Uganda (initiative d'intervention à l'échelon des circonscriptions : chaînon manquant dans la lutte contre le VIH-sida, analyse de la situation en Ouganda). 12^e Conférence internationale sur le SIDA, juillet 1998.
- Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health : What is it ? Where is it leading ? (la démarche sectorielle en matière de santé : quelle est-elle et où conduit-elle ?). *Int J Health Plann Mgmt* 1998 ; 13 : 177-90.
- Project Concern International. Evaluation des groupes de travail sur le VIH-sida à l'échelon des circonscriptions, Zambie. Rapport soumis à l'USAID, décembre 1998.
- Slutkin G. *How Uganda Reversed Its HIV Epidemic* (comment l'Ouganda a endigué son épidémie de VIH). Rapport 23118. American Public Health Association, 2000.
- Taylor-Ide D, Taylor CE. Community-based Sustainable Human Development : A Proposal for Going to Scale with Self-Reliant Social Development (le développement humain durable à l'échelon des communautés : proposition pour suivre le rythme du développement social autonome), février 1995.
- United States General Accounting Office (Cour des comptes des Etats-Unis). Debt Relief Initiative for Poor Countries Faces Challenges (l'initiative d'allègement de la dette des pays pauvres se heurte à des difficultés). GAO/NSIAD-00-161. Washington : GAO, juin 2000.

Etude de cas

Etude de cas 1 : création de groupes de travail régionaux pour lutter contre le VIH-sida en Zambie

En 1997, la République de Zambie a commencé à transférer le programme national de lutte contre le VIH-sida, les MST, la tuberculose et la lèpre (NASTLP) du secteur public de la santé au Conseil national et secrétariat de lutte contre le VIH-sida (NHAC/S) à l'échelle pluri-sectorielle. Le NHAC/S avait pour mission de renforcer les capacités pluri-sectorielles de cinq circonscriptions — Livingstone, Lusaka, Kitwe, Nchelenge et Ndola — en matière de planification, exécution, suivi et évaluation des programmes. Une aide limitée était prévue pour la politique nationale et la transition au NHAC/S.

Les partenaires du secteur public de la santé à l'échelon des circonscriptions ainsi que des ONG ont fait savoir qu'un besoin prioritaire était d'améliorer la collaboration afin de renforcer les programmes de lutte contre le VIH-sida. Les buts fixés étaient donc d'élaborer des modèles pour faciliter la collaboration intersectorielle dans l'établissement des programmes et la mobilisation des ressources, ainsi que d'aider les instances de collaboration émergentes, les "District Task Forces" (DTF, groupes de travail régionaux) à devenir auto-gérés et autonomes.

Question 1 sur l'étude de cas de la Zambie

Quelles sont les aptitudes du personnel régional qui doivent être privilégiées pour diriger au mieux les DTF ?

Réponses possibles :

- Aptitudes de planification stratégique pour le développement de systèmes organisationnels et gestionnaires
- Aptitudes d'animation
- Aptitudes à résoudre les conflits et consolider les équipes pour les interventions techniques VIH-sida et OEV et les stratégies d'exécution.
- Compétences en gestion financière
- Compétences en suivi et évaluation
- Compétences en méthodologies participatives et mobilisation communautaire

L'établissement des DTF inter-sectorielles a comporté trois étapes :

- **Etape 1** : former et organiser les DTF inter-sectoriels, y compris rehausser les aptitudes des membres des groupes DTF pour qu'ils puissent mettre au point des systèmes organisationnels et gestionnaires.

Question 2 sur l'étude de cas de la Zambie

Quels sont les principaux problèmes et défis émanant de l'établissement des DTF ?

Réponses possibles :

- Il a été difficile pour les partenaires de laisser de côté les priorités organisationnelles individuelles pour se concentrer sur les besoins et les priorités des programmes VIH-sida dégagés conjointement et travailler en équipe à la gestion d'interventions de haute qualité.
- Des contributions financières et techniques importantes sont nécessaires pour créer des équipes inter-sectorielles viables et opérationnelles.
- La création de rôles de partenariat égaux entre le DTF et l'organisme d'assistance technique extérieure a encouragé l'indépendance des membres du DTF, portant le DTF à cesser de compter sur l'aide extérieure dans l'exécution des interventions et à adopter un mécanisme propre au contexte local pour la coordination d'une réponse régionale.
- Une forte influence nationale est nécessaire pour coordonner les efforts régionaux concernant les programmes de lutte contre le VIH-sida et pour assurer que la décentralisation n'entrave pas les efforts menés à l'échelon des communautés, n'entraîne pas de fragmentation ni la perte d'occasions de partager avec le gouvernement national les enseignements tirés ou de réaliser des économies d'échelle.
- Les organisations partenaires du DTF acquièrent des niveaux de capacité appropriés dans les quatre principaux domaines de renforcement des capacités (techniques, gestionnaires, financières et politiques), les aidant ainsi à améliorer la prestation de services HIV/SIDA.

- **Etape 2** : accroître la capacité technique des DTF à planifier, exécuter, suivre et évaluer les interventions de lutte contre le VIH-sida ainsi que les autres interventions mises au point par le biais de la démarche DTF.
- **Etape 3** : apporter des améliorations à l'environnement politique et social soutenant les initiatives DTF.

Etude de cas 2 : mise en place d'une structure de gestion administrative et financière d'une IIGE au Kenya, en réponse au programme de prêt de la Banque mondiale

Le gouvernement du Kenya a déclaré que le VIH était une crise nationale et il a créé le Conseil national de lutte contre le sida (NACC), qui a établi un Plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida. Les objectifs du Conseil sont de mobiliser des ressources et de fournir un cadre de direction et d'exécution à tous les niveaux.

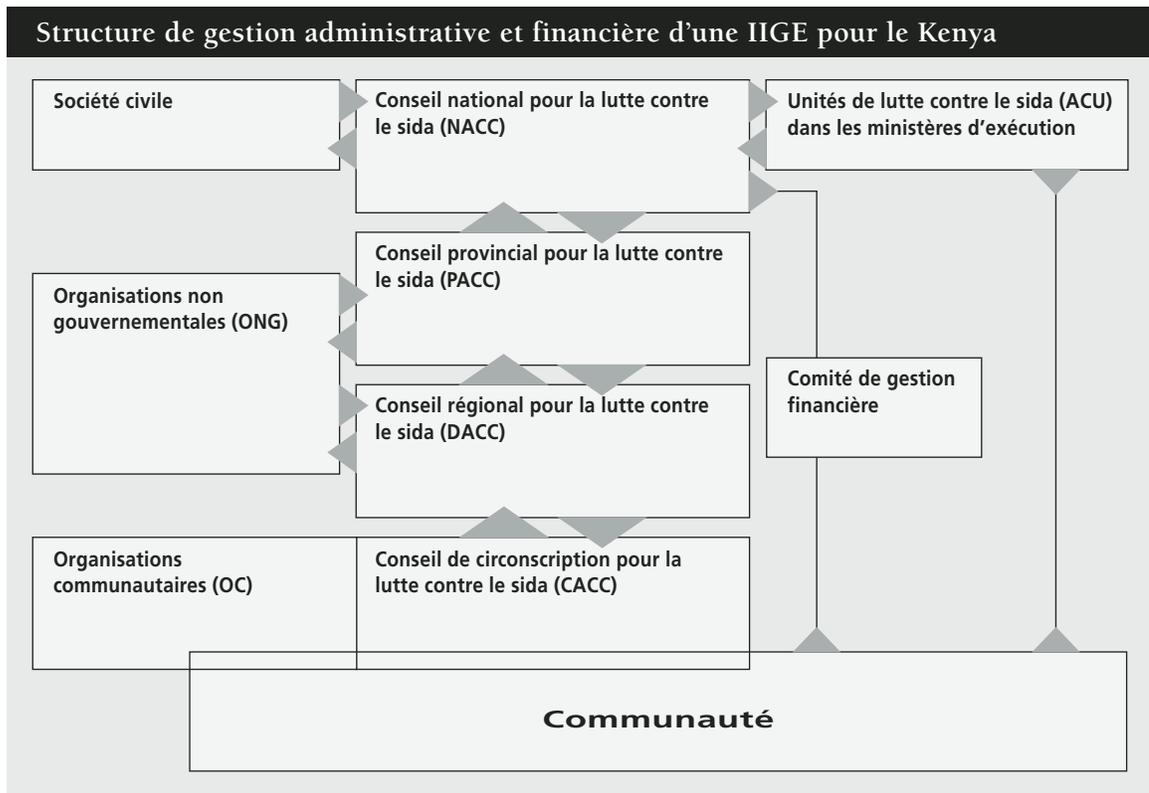
Les objectifs du Plan stratégique national de lutte contre le VIH-sida sont les suivants :

- Arrêter, stabiliser et réduire la séroprévalence de 20 à 30 % chez les jeunes de 15 à 24 ans d'ici l'an 2005 ;
- Faciliter l'accès des personnes infectées aux services de soins et de soutien ;
- Renforcer la capacité de coordination et d'intervention ;
- Développer des systèmes d'information de gestion approfondis ; et
- Elaborer des politiques qui conviennent pour atténuer le discrédit associé au VIH-sida.

Outre le NACC, les instances suivantes ont été conçues pour soutenir une IIGE au Kenya :

- Unités de lutte contre le sida (ACU). Ces unités seront établies dans chaque ministère et seront chargées d'intégrer le VIH-sida aux fonctions de base des ministères.
- Comités provinciaux, régionaux et de circonscription pour la lutte contre le sida (PACC, DACC, CACC). Ces comités sont chargés de coordonner la mise en œuvre des activités relatives au VIH-sida. Les CACC ont été lancés sur l'accord unanime des membres du Parlement afin de leur permettre de servir d'agents du changement pour leurs circonscriptions.

Le tableau ci-après récapitule la structure qui a été proposée pour le Kenya.



Question 1 de l'étude de cas du Kenya

Compte tenu des informations examinées ici, à votre avis quelle est la fonction la plus importante à chaque niveau de la structure IIGE afin de pouvoir atteindre les objectifs du Plan de stratégie nationale de lutte contre le VIH-sida ?

Réponses possibles :

NACC :

- Capacité à établir et conseiller des partenariats solides au sein du gouvernement, du secteur privé et de la société civile non gouvernementale.

ACU :

- Capacité technique à concevoir et soutenir l'exécution d'interventions sectorielles spécifiques.

PACC :

- Capacité à aider les districts à mettre en œuvre les méthodes les plus performantes.

DACC :

- Coordination de la participation des divers intéressés afin d'assurer la mise en œuvre de stratégies équitables, de haute qualité et rentables s'adressant aux populations cibles.

CACC :

- Mobiliser les chefs communautaires pour qu'ils servent d'agents de changement en matière de VIH-sida dans leurs communautés.

Etude de cas 3 : intégration du VIH-sida aux instruments de développement en Ouganda

L'Initiative à l'intention des pays pauvres très endettés, lancée en 1996, a été la première démarche multi-latérale pour réduire la dette extérieure des pays du monde les plus pauvres et les plus lourdement endettés. L'objectif principal de cette initiative est de porter le poids de la dette du pays à des niveaux soutenables (sous réserve d'accomplissements satisfaisants) afin d'assurer que les efforts d'ajustement et de réforme ne sont pas compromis par le fardeau élevé de la dette et du service de la dette.

L'Ouganda a été le seul pays de l'Afrique subsaharienne à bénéficier du mécanisme initial d'allègement de la dette pour les pays pauvres très endettés. L'Initiative de Cologne adoptée en 1999 a considérablement amélioré le cadre initial de ce

Question 1 de l'étude de cas de l'Ouganda

Quelles sont les stratégies que vous envisageriez d'utiliser pour intégrer le VIH-sida au cadre de développement général de votre pays ?

Réponses possibles :

- Incorporer le VIH-sida, en tant que priorité supra-sectorielle, à la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP).
- Intégrer le VIH-sida au Programme de développement national, au Cadre de développement commun de la Banque mondiale et au Cadre d'aide au développement des Nations Unies.
- Affecter en priorité les économies budgétaires provenant de l'allègement de la dette à l'intervention pluri-sectorielle de lutte contre le VIH-sida et de soutien aux OEV, en appliquant le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) pour suivre ces dépenses.

mécanisme, qui est aujourd'hui plus approfondi, plus large et plus rapide. A ce jour, 33 pays d'Afrique participent à cette initiative améliorée.

Le gouvernement ougandais est en train d'amplifier une démarche pluri-sectorielle de soutien aux initiatives de prévention, aux programmes de soins et de soutien et aux interventions pour atténuer les répercussions du VIH-sida. Dans le cadre de ce processus, la Commission de l'Ouganda sur le sida essaie à l'heure actuelle d'exercer un effet de levier sur les ressources dégagées par le biais de l'initiative d'allègement de la dette pour soutenir le Cadre de stratégie nationale de l'Ouganda de lutte contre le VIH-sida.

L'intégration du VIH-sida, en tant que priorité supra-sectorielle, dans le Plan d'action pour l'élimination de la pauvreté en Ouganda (PEAP), permet à tous les programmes sectoriels d'envisager de mettre au point des interventions de lutte contre le VIH-sida propres à chaque secteur. Cette démarche améliorera au maximum l'exécution d'une réponse pluri-sectorielle véritable. La priorité accordée au VIH-sida dans le Plan d'action d'élimination de la pauvreté a mené le Ministère des Finances ougandais à incorporer le VIH-sida au programme du Fonds d'action pour la réduction de la pauvreté. Dans le

Question # 2 Etude de cas d'Uganda

Quels sont les mécanismes que vous envisageriez d'utiliser dans votre pays pour diriger des ressources à l'échelon des districts et des communautés pour soutenir l'exécution des programmes de VIH/Sida?

Réponses possibles :

- Afin d'intégrer le Cadre de stratégie nationale de l'Ouganda de lutte contre le VIH-Sida dans le Plan d'action pour l'élimination de la pauvreté en Ouganda (PEAP), le gouvernement envisage la création de l'initiative d'intervention à l'échelon du district (DRI) sous le Plan d'action pour l'élimination de la pauvreté en Ouganda (PEAP). La subvention est destinée à :
 - Fournir des ressources limitées à l'administration du district afin de soutenir le fonctionnement efficace des Comités régionaux de lutte contre le sida (a peu près 5 % des ressources).
 - L'allocation des ressources pour des activités sectorielles primordiales à l'échelon du district qui ne sont pas couverts par les subventions conditionnelles existantes.
 - La distribution des ressources à l'échelon du sous-district (LV III) pour soutenir les interventions communautaires afin de compléter les interventions institutionnelles qui seront livrés par la voie des subventions conditionnelles dans les domaines de la santé, l'éducation et l'agriculture.

budget 2000-2002 de l'Ouganda pour le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT), 110 millions de dollars US ont été affectés aux dépenses pour amplifier l'intervention nationale IIGE. Avant cela, le gouvernement n'avait accordé aucune ressource dans le cadre des dépenses à moyen terme pour financer ces priorités.

Question # 3 Etude de cas d'Uganda

Quelles sont les stratégies que vous envisageriez d'utiliser ou de recommander pour assurer la justification de l'utilisation des ressources pour le VIH-Sida dans votre pays?

Réponses possibles :

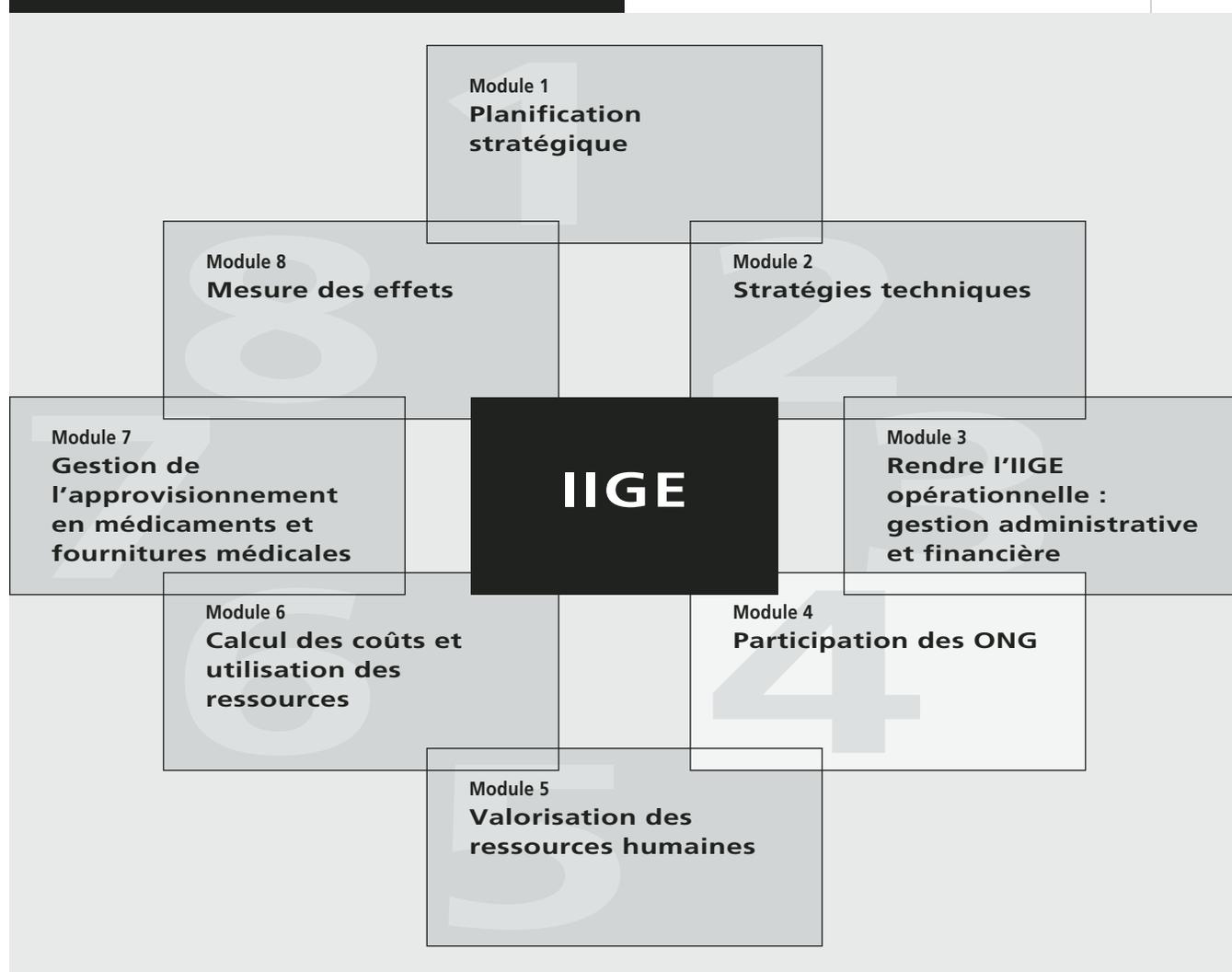
- Des interventions gouvernementales contre la corruption.
- Des interventions de société civile contre la corruption.

Afin d'examiner les domaines qui pourraient être améliorés dans le cadre des efforts de lutte contre la corruption dans la fonction publique, de nombreux groupements de la société civile mettent au point des mécanismes complémentaires pour justifier l'utilisation des fonds. L'Uganda Debt Network (Réseau de dettes de l'Ouganda), ONG indépendante, a établi des équipes de suivi de la pauvreté (PMT) à l'échelon des districts, qui vérifient l'emploi des ressources du Fonds d'action pour la réduction de la pauvreté. Au cours des deux dernières années, les PMT ont identifié des innovations de lutte contre la corruption mises au point à l'échelon local. Par exemple, les directeurs des écoles primaires sont tenus d'afficher leur budget mensuel afin que tous les parents sachent le montant des ressources affectées à l'école. Cette intervention a rapidement calmé la corruption des directeurs d'école qui avaient détourné des ressources provenant de l'allègement de la dette.

Module 4

Participation des organisations non gouvernementales

Eléments d'une intervention intégrée et à grande échelle



La présente section résume la publication *A Question of Scale ? : The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organisations' HIV/AIDS Efforts in Developing Countries* (une question d'échelle ? Le défi des Organisations non gouvernementales dans leur lutte contre le VIH-sida : décupler l'impact de leurs efforts dans les pays en développement), rédigée par Jocelyn Dejong (août 2001), qui peut être obtenue auprès de l'International HIV/AIDS Alliance (www.aidsalliance.org) ou auprès du Population Council.

Aperçu

- Quel est le rôle essentiel des ONG ?
- Comment les programmes existants peuvent-ils être reproduits et amplifiés ?
- Quels sont les nouveaux programmes qui doivent être offerts ?

Depuis le début de l'épidémie, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations communautaires (OC) jouent un rôle de premier plan dans la conception et l'exécution de programmes de lutte contre le VIH-sida. Pour mettre au point une réponse IIGE, les ONG doivent désormais s'attaquer à des questions complexes concernant la reproduction et l'amplification des programmes de lutte contre le VIH-sida, l'incorporation de nouvelles interventions aux programmes qui réussissent tout en aujourd'hui la qualité de ces programmes, l'intégration d'un volet VIH-sida aux programmes dont le thème n'est pas le VIH-sida et, enfin, la constitution de réseaux efficaces avec les autres ONG et entités gouvernementales.

Le module 4, participation des ONG :

- Décrit les types d'ONG
- Examine comment préserver l'avantage comparatif des ONG
- Présente des stratégies pour permettre aux ONG d'exercer des effets plus marqués sur la lutte contre le VIH-sida
- Analyse les relations entre les ONG et le gouvernement
- Décrit comment les réseaux d'ONG peuvent soutenir l'IIGE
- Cite les questions primordiales de participation des ONG à l'IIGE
- Fournit une étude de cas sur la participation des ONG

- Fournit des références et sources à titre de lecture complémentaire

Types d'organisations non gouvernementales

Toute une gamme d'ONG participent activement au combat contre le VIH-sida, qu'il s'agisse de petites organisations locales ou de grandes organisations travaillant à l'échelon national. Les ONG peuvent être regroupées suivant les catégories ci-après :

- Les ONG autochtones à l'échelon des communautés qui sont lancées et gérées par des membres de la communauté. On les appelle aussi organisations communautaires ou OC
- Les organisations de personnes vivant avec le VIH-sida (PVS)
- Les organisations autochtones créées et gérées par des "personnes extérieures" à la communauté
- Les ONG internationales, parfois aussi appelées organisations privées bénévoles

Chacune de ces organisations a un rôle important à jouer dans le cadre de l'IIGE, qu'il s'agisse d'introduire des éléments techniques nouveaux (comme les soins à domicile), d'amplifier l'intervention pour couvrir de nouvelles zones géographiques ou de nouvelles populations cibles dans une zone géographique donnée (clients des travailleurs du sexe).

Préserver l'avantage comparatif des ONG

Les ONG qui travaillent sur le VIH-sida disposent de certains avantages par rapport à d'autres types d'organisations œuvrant aussi dans ce domaine. Ces avantages se caractérisent par les points suivants :

- Les organisations s'appuyant réellement sur leurs circonscriptions s'engagent à travailler dans leurs communautés.
- Elles sont en mesure de travailler avec des groupes vulnérables, comme les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (CDI), les immigrants illégaux, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.
- Leur petite taille leur permet d'être flexibles, de répondre à l'évolution rapide de l'épidémie et à changer d'orientation avec diligence afin d'adapter les enseignements tirés.

Stratégies visant à décupler l'impact des ONG					
	Stratégie 1 : expansion organisationnelle	Stratégie 2 : catalyseur auprès d'autres organisations	Stratégie 3 : diffusion d'idées	Stratégie 4 : influence sur la politique et la législation	Stratégie 5 : intégration dans le développement
Objectifs principaux	Diversifier : ■ Zone géographique ■ Groupes sociaux	■ Fonctions Elargir la gamme de services fournis	Répondre : ■ Concept ■ Démarche ■ Technologie	■ Influencer le climat politique	■ Ouvrir largement le débat sur le VIH-sida et la sexualité
Type d'organisation engagée	■ Organisationnelle au début uniquement	■ Public ■ Privé ■ Autres ONG ■ OC	■ N'importe	■ Gouvernement ■ Bailleurs	■ Toutes les institutions du développement

- Etant donné qu'elles sont souvent une bureaucratie moins lourde que les plus grandes organisations ou leurs homologues du secteur public, les ONG peuvent intégrer des travaux couvrant plusieurs secteurs d'activité plus facilement, au lieu d'avoir à se limiter à un seul type d'activité.
- Du fait de leur engagement envers la communauté, les ONG procurent souvent la seule réponse durable à l'épidémie et tendent davantage à fournir des services de soins et de soutien, ainsi que des activités de prévention.

Les deux grands atouts des ONG dans les services de prévention et de soins du VIH-sida sont 1) les relations de confiance instaurées dans les communautés, et 2) le processus participatif de prise de décisions. Ces atouts permettent aux ONG d'aborder les problèmes délicats de la communauté. Les relations que les ONG ont forgées avec le temps sont indispensables à l'exécution avec succès d'une IIGE. Le défi à relever consiste à décupler leurs programmes — tant sur le plan géographique que sur le plan du contenu — sans sacrifier ces relations indispensables.

Les grandes interventions conduites avec succès par des ONG dans le domaine du VIH-sida nous ont appris que l'élargissement des interventions ne peut se produire sans perdre un peu de ce caractère distinctif et du processus d'intégrité. Cependant, l'Organisation de soutien contre le sida en Ouganda (TASO) et le Groupe de soutien aux projets du

Zimbabwe révèlent qu'il est possible d'élaborer des programmes standardisés et efficaces offrant une souplesse suffisante pour prendre en considération la diversité qui existe entre les différentes communautés. La question principale que les ONG et leurs partenaires n'ont toujours pas résolue consiste à savoir s'ils peuvent préserver l'efficacité à l'échelon communautaire tout en élargissant la couverture géographique ou les services.

Stratégies pour permettre aux ONG de décupler leur incidence sur le VIH-sida

Une ONG peut exercer des incidences plus marquées sous bien des façons, notamment en élargissant ses opérations, en introduisant ou en développant des technologies qui se répandent, en développant et en utilisant des démarches qui sont ensuite adoptées par d'autres ONG et/ou gouvernements, en influençant des changements dans les politiques et actions des gouvernements et des bailleurs de fonds et en obtenant et diffusant la connaissance sur le développement.

— Robert Chambers, 'Thinking about NGO Priorities,' Institute of Development Studies, 2 mai 1987.

Le cadre des stratégies (ci-dessus) visant à étendre l'impact des ONG a été établi à partir d'expériences similaires relevées dans des programmes de développement. Les cinq types de stratégies présentés peuvent

être considérés comme un continuum le long duquel l'organisation qui lance l'effort d'amplification réduit peu à peu sa participation.

Il est important de noter que le cadre ne représente pas une évolution stricte des organisations. Les ONG peuvent appliquer plusieurs de ces stratégies en même temps que différents types de programmes de lutte contre le VIH-sida pour répondre convenablement à des périodes, des zones géographiques ou des groupes de population particuliers. En outre, ce continuum ne suppose pas une progression chronologique, étant donné que des organisations peuvent décider, individuellement, après avoir évalué leur propre situation et contexte, que l'une ou l'autre de ces grandes catégories de stratégie d'amplification est la plus adaptée pour entamer cet effort.

Stratégie 1 : expansion organisationnelle

L'expansion organisationnelle, qui est peut-être la forme la plus simple d'activité IIGE, traduit l'effort d'une organisation, plutôt que des efforts de collaboration entre organisations. Cette stratégie accroît la portée de l'organisation en atteignant un plus grand nombre de particuliers, de groupes sociaux ou de zones géographiques ou en élargissant les fonctions et les activités de l'organisation. À titre d'exemple, on peut citer l'élaboration d'un projet pilote qui est ensuite étendu à une zone à plus vaste ou l'ouverture de succursales de la même organisation dans différents endroits.

Stratégie 2 : rôle de catalyseur auprès d'autres organisations

Cette stratégie se rapporte aux efforts menés par une organisation particulière pour apporter une assistance technique et financière à d'autres organisations du même secteur ou de secteurs différents. Cette stratégie sert à influencer la nature ou la portée des interventions des autres organisations. Les efforts de prévention peuvent se révéler d'autant plus efficaces qu'ils s'inscrivent dans des infrastructures existantes qui opèrent déjà à une grande échelle et dans de nombreux secteurs. Les ONG peuvent chercher à utiliser ou exploiter des services existants pour lutter contre le VIH-sida. Les coûts peuvent être réduits et l'efficacité améliorée en associant des interventions pour lutter contre le VIH-sida à la prestation de services dans d'autres secteurs, au lieu de chercher à amplifier indépendamment des interventions individuelles de lutte contre le VIH-sida.

Stratégie 3 : diffusion d'idées

La dissémination d'idées a pour but de découpler les effets des interventions en encourageant d'autres organisations à adopter un concept, une démarche ou une technologie particulière. La diffusion d'idées est plus abstraite que la stratégie précédemment décrite étant donné qu'elle ne cherche pas à découpler ou influencer les programmes ou activités spécifiques d'une ONG mais à diffuser des idées ou des méthodologies. À titre d'exemple de cette stratégie, on peut citer la diffusion par une ONG du concept de la sensibilisation entre égaux ou de conseils à d'autres organisations à l'échelon communautaire.

Stratégie 4 : influence de la politique et de la législation

Les ONG peuvent chercher à influencer les politiques d'organisations donatrices, de gouvernements ou encore la législation. Cette stratégie peut exercer une grande incidence sur les efforts de programmes de lutte contre le VIH-sida. Les ONG peuvent organiser des efforts visant à orienter le débat public portant sur une question particulière — par exemple en ayant recours aux médias imprimés et électroniques pour accroître la sensibilisation aux déterminants sociaux du VIH-sida. Les organisations peuvent aussi chercher à influencer la politique et la législation en formant des coalitions et en facilitant l'échange de connaissances, s'efforçant ainsi de renforcer les revendications collectives de la société civile à l'égard du gouvernement sur les questions du VIH-sida.

Stratégie 5 : intégration dans le développement

L'intégration suppose un effort pour pénétrer tous les secteurs du développement préoccupés et intéressés par le VIH-sida et ses répercussions. Cette stratégie a pour objectif d'amplifier la démarche sectorielle étroite en engageant les autorités décisionnelles et les organisations de tous les secteurs pertinents et en élargissant les champs d'action au-delà du secteur traditionnel de la santé. Une plus grande intégration du VIH-sida aux questions de développement peut également encourager le public à s'intéresser davantage aux conditions sociales qui mettent les particuliers en danger, comme la pauvreté et l'absence d'éducation. La prise de conscience de problèmes moins matériels et plus cachés peut aussi être suscitée, comme les relations inéquitables entre hommes et femmes (y compris la dépendance

économique des femmes à l'égard des hommes), le manque de respect de soi ou l'absence de connaissance de l'activité sexuelle (et de la maternité).

Amélioration des relations entre gouvernements et ONG en matière de IIGE

La coopération positive entre les gouvernements et les ONG en matière de programmes VIH-sida dépend de facteurs complexes, notamment le contexte politique, la confiance réciproque, la mesure dans laquelle les gouvernements sont ouverts à la participation des ONG et les avantages perçus par les ONG de l'instauration de rapports plus étroits avec le gouvernement. Un défi particulier qu'il faut relever est la tendance des gouvernements et des ONG à se considérer réciproquement avec méfiance, ce qui entrave les possibilités de collaboration. A mesure que la séroprévalence augmente rapidement, rendant le besoin d'une IIGE plus urgent, la nécessité de collaboration s'accroît. Cependant, le haut niveau de séroprévalence n'est pas une condition nécessaire à l'établissement de partenariats efficaces.

Les obstacles à de bonnes relations de travail doivent être éliminés. L'incapacité des gouvernements à agir avec souplesse ou innovation en réponse aux évolutions des besoins communautaires peut être frustrante pour les ONG. Il arrive que ces dernières aient l'impression d'avoir moins de pouvoir que le gouvernement (suivant le contexte politique), qu'elles se perçoivent comme le "partenaire subalterne" alors que le gouvernement prend les décisions. Pareillement, le personnel du gouvernement peut hésiter à travailler avec les ONG, qu'il considère souvent comme opportunistes, influencées par les bailleurs de fonds ou représentant les intérêts de groupes de population particuliers au lieu de la population nationale dans son ensemble. La concurrence pour l'obtention de ressources, en particulier le financement des bailleurs, peut entraver encore davantage la collaboration entre les ONG et le gouvernement.

Il existe des avantages à la fois pour le gouvernement et pour les ONG à favoriser la création de partenariats pour accroître la portée des programmes de prévention et de soins du VIH-sida :

- Si les services du gouvernement ont une plus grande portée à un coût relativement faible, ils ne possèdent pas toujours la connaissance de la dynamique des communautés et les démarches à

suivre et, en conséquence, ils sont trop indiscrets ou directifs. S'appuyant sur leur connaissance et leur expérience, les ONG peuvent encourager des méthodes plus participatives pour l'établissement de programmes VIH-sida et influencer le contenu de ces programmes.

- Les gouvernements et les ONG peuvent se compléter pour avoir accès à des groupes de population différents. D'un côté, le gouvernement peut avoir le seul accès, ou meilleur accès, à certains groupes, comme par exemple les services avec personnel en uniforme ou les enfants scolarisés, et avoir un plus grand rayon d'action sur ces groupes que les ONG. D'un autre côté, le gouvernement peut avoir moins accès aux groupes de population engagés dans des activités illégales ou discréditées. Un avantage comparatif des ONG est leur capacité à travailler avec des populations que le gouvernement souvent ne peut pas atteindre.
- Les ONG sont souvent en mesure d'aborder des questions sociétales délicates, relevant la légitimité de ces problèmes sociaux et ouvrant la voie à l'engagement du gouvernement à l'avenir. Il arrive pourtant que l'activité des ONG dans certains domaines du VIH-sida dissuade les gouvernements d'aborder ces questions. Il convient de noter que l'établissement de bonnes relations entre le gouvernement et les ONG est loin d'être un processus à sens unique — il exige la coopération des deux parties intéressées. L'élimination de ces difficultés et l'instauration d'une plus grande coopération entre le gouvernement et les ONG concernant le VIH-sida sont donc indispensables et peuvent entraîner de grands bénéfices. Par exemple, la collaboration fructueuse entre le gouvernement et les ONG peut aider à modifier la politique du gouvernement à l'égard des programmes publics de prévention et de soins du VIH-sida, ce qui, à son tour, affectera les conditions de travail des ONG.

Soutien de l'IIGE à l'aide des réseaux d'ONG

Les ONG peuvent jouer un rôle important dans la mise en œuvre d'une IIGE grâce à leur expertise dans l'exécution de programmes d'intervention pour prévenir et soigner le VIH-sida à l'échelon des communautés et prendre en charge les orphelins et

Questions d'exécution primordiales concernant la participation des ONG à l'IIGE

Rôle des ONG dans la conception et l'exécution de l'IIGE

- Votre pays ou votre zone disposent-ils de solides réseaux d'ONG ?
- Votre pays ou votre zone disposent-ils de mécanismes de coordination entre les ONG ? Sont-ils efficaces ? Comment peuvent-ils être renforcés ?
- Avez-vous travaillé pour des ONG ou par le biais d'ONG qui ont envisagé de s'agrandir ?
- Quels sont les enseignements tirés des réussites/domaines d'amélioration de l'expansion des programmes ?
- Existe-t-il des ONG de vaste ampleur qui pourraient intégrer le VIH-sida dans leurs autres programmes de développement ?

Préservation des avantages comparatifs des ONG

- Quelles sont les caractéristiques les plus importantes des programmes d'ONG pour préserver la conception et l'exécution d'une IIGE ?
- Quels sont les moyens que vous pouvez identifier pour contribuer à préserver ces caractéristiques ?
- Quelles sont les idées que les partenaires extérieurs peuvent considérer et classer pour préserver l'avantage comparatif des ONG ?

Stratégies de majoration de l'impact des ONG

- Quelles sont les stratégies qui existent pour renforcer les incidences des ONG en matière de programmes de prévention du sida ? Comment pouvez-vous classer ces stratégies par ordre d'importance : programmes de soins et de soutien ? Programmes de traitement ? Programmes OEV ?
- Quelle est l'expérience dont vous disposez quant à l'exécution de ces stratégies ? Quelles sont les stratégies qui ont réussi ? Quelles sont celles qui ont besoin d'être améliorées ?

Amélioration au maximum des partenariats ONG-gouvernement pour soutenir une IIGE

- Comment caractériseriez-vous les relations ONG-gouvernement dans votre zone ? Y a-t-il un environnement favorable à de solides partenariats entre les ONG et le gouvernement ?
- Quels sont les mécanismes qui existent pour promouvoir les partenariats et la coordination entre les ONG et le gouvernement ?
- En quoi les partenariats ONG-gouvernement se sont-ils améliorés et/ou détériorés au cours des deux à cinq dernières années ? Quels sont les enseignements tirés de ces expériences ?
- Quelles sont les stratégies que vous recommandez pour améliorer au maximum les partenariats entre ONG et gouvernement en vue de soutenir une IIGE ? Classez ces recommandations d'après leurs chances de réussite.

enfants vulnérables (OEV). Mais les efforts des ONG sont limités étant donné que la majorité de leurs programmes sont de petite taille et que le coût administratif de ces programmes est relativement élevé. La capacité d'expansion des programmes d'intervention peut être soutenue en établissant et en renforçant des réseaux d'ONG et d'organisations de subvention intermédiaires à l'échelon national. Les domaines spécifiques où la capacité peut être développée et soutenue parmi les organisations bénéficiaires de subventions englobent la réception et le transfert des ressources à un vaste réseau d'ONG couvrant l'ensemble du pays, l'apport d'assistance technique à la gestion et l'exécution d'interventions et le suivi et évaluation.

Suivant la situation des réseaux d'ONG ou des organisations de subvention intermédiaires dans un pays donné, ce dernier groupe peut assumer un rôle de premier plan étant donné que l'expertise est développée dans un programme d'intervention particulier ou dans un volet d'un programme d'intervention. Par exemple, une ONG pourra assumer un rôle de premier plan, à l'échelle nationale, pour faciliter l'accès aux services CDV ou pourra développer la capacité nécessaire pour recevoir et transférer des fonds à un large éventail d'ONG et d'OC chargées de l'exécution de programmes. À l'échelon communautaire, des ONG pourront se constituer en réseau pour fournir des services de base à une zone géographique plus étendue. Par exemple,

une ONG aidant les travailleurs du sexe pourra s'associer à d'autres ONG qui procurent des services CDV et autres services de soins et de soutien.

Questions d'exécution primordiales pour la participation des ONG à une IIGE

L'encadré ci-dessus énumère les questions primordiales à prendre en considération dans l'étude des moyens de faire participer les ONG à la conduite d'une IIGE. Ces questions sont utiles tant pour les planificateurs que pour les ONG.

Liste de lectures complémentaires

Alliance internationale sur le VIH-sida. Elargir l'action communautaire sur le VIH-sida, stratégies d'amplification proposées par des ONG/OC, juin 2001.

Dejong J. *A Question of Scale ? : The challenge of expanding the impact of non-government organizations HIV/AIDS efforts in developing countries* (une question d'échelle ? Le défi des organisations non gouvernementales dans leur lutte contre le VIH-sida : décupler l'incidence de leurs efforts dans les pays en développement. Horizons/Alliance, août 2001.

Horizons. Etudes de cas sur l'amplification des réponses par des ONG. Rapport préliminaire rédigé pour le Séminaire sur l'amplification des réponses organisé par Horizons et l'Alliance internationale sur le VIH-sida. Windsor, Angleterre. 1-5 septembre 2000.

Etude de cas — L'Armée du Salut et sa stratégie de transfert de concepts à des fins d'amplification de l'intervention

L'Armée du Salut est une organisation internationale caritative qui est engagée dans des services de soins et de soutien du VIH-sida. Pour faciliter ce travail, l'Armée du Salut a développé une méthode de transfert des concepts pour décupler ses programmes et services. Cette méthode a ses racines dans une démarche intégrée de prévention communautaire et de soins à domicile qui a été lancée en 1987 à l'hôpital de Chikankata, en Zambie. De 1990 à janvier 2000, la démarche de transfert de concepts a

été appliquée dans le monde entier par l'Armée du Salut pour élaborer 88 programmes qui ont été mis en œuvre dans 37 pays, atteignant environ quatre millions de personnes.

Dans le cadre de cette démarche, des équipes d'animation nationales et internationales collaborent avec les intéressés locaux pour examiner des questions primordiales, telles que l'entraide participative, la communauté en tant que possession, le changement, l'initiative et l'espoir. Les équipes sont actives dans trois domaines de sensibilisation : 1) visites de programme à programme, 2) détachement de membres d'une équipe auprès d'organisations et 3) stages portant sur le développement communautaire en rapport avec le santé. Les buts du programme de transfert de concepts sont les suivants :

- Accroître la capacité de la communauté à faire face au VIH-sida et à ses répercussions et à assumer sa responsabilité à cet égard.
- Valoriser les capacités en faisant part des enseignements tirés, en transmettant des idées et en forgeant des liens avec d'autres organisations.
- Constituer une réserve commune de personnes compétentes pour l'exécution de programmes sur le terrain qui peuvent faciliter l'élaboration de programmes dans d'autres endroits.

Les activités principales du transfert de concepts sont notamment :

- L'évaluation et le renforcement des relations.
- La conception et le soutien de programmes participatifs.
- L'évaluation participative, la documentation et la coordination de visites entre les programmes.
- La conduite de consultations régionales et sous-régionales.
- Les échanges entre organisations pour relever les capacités et influencer l'élaboration et/ou la formulation de politiques pratiques.
- L'application des enseignements tirés du VIH-sida à d'autres domaines de la santé et aux travaux de développement, l'analyse des méthodes qui favorisent le changement et l'échange des leçons apprises.

Implications organisationnelles pour l'Armée du Salut

Le recours à des équipes d'animation pour appliquer cette démarche de transfert de concepts a nécessité que l'organisation redéfinisse ses fonctions de base

afin qu'elle soit une ressource efficace dans les pays où elle travaillait. Il lui a aussi fallu se tourner sans cesse vers l'extérieur afin de définir de nouvelles orientations qui plaçaient la capacité de la communauté locale au centre des travaux.

Le personnel et les membres bénévoles ont été dynamisés par l'évolution de nouvelles démarches ; cependant, l'expérience peut être déroutante et parfois alarmante parce qu'ils perdent réellement une partie du contrôle du programme. A mesure que les rôles sont redéfinis, l'engagement à l'égard de l'expansion reste ferme en raison des avantages manifestes de cette démarche. Cet engagement supporte la participation de nouveaux partenaires, ce qui supporte également les activités d'expansion.

Les enseignements tirés

L'expérience tirée de l'exécution des programmes révèle que la conception et l'évaluation participatives locales peuvent réussir si elles bénéficient du soutien d'une équipe d'animation multiculturelle. Mais des obstacles subsistent. Ces obstacles sont notamment la résistance à la stratégie de transfert de concepts chez les responsables et à l'échelon de certains programmes à base institutionnelle. Pour être efficace, une équipe d'animation doit posséder un sens fort développé de la connaissance et la vision communes, de la responsabilité et l'initiative collectives. Les principaux enseignements tirés sont les suivants :

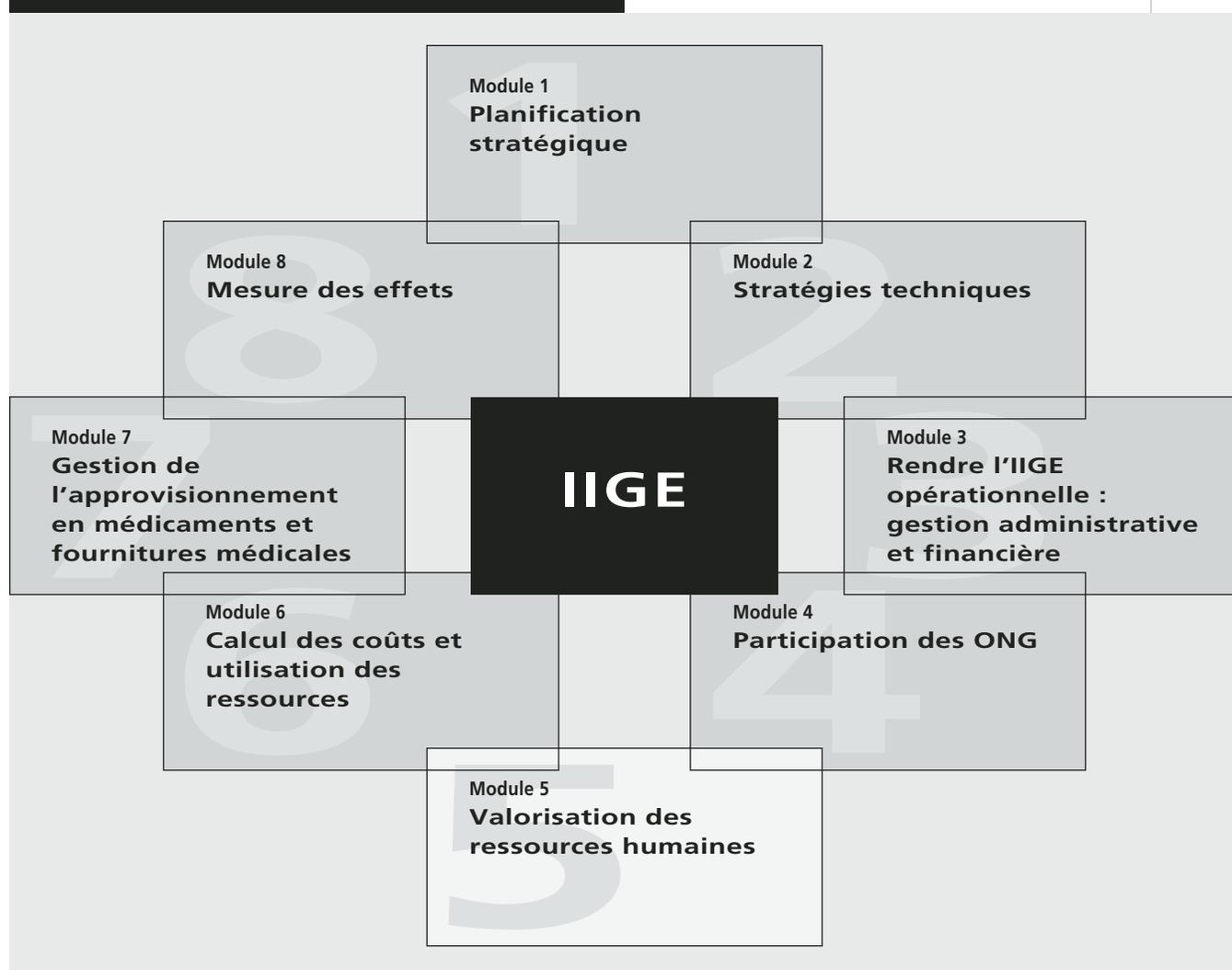
- Le transfert avec succès entre communautés est une incitation pour d'autres communautés locales.

- Pendant la phase préliminaire d'une activité, les capacités de direction doivent être repérées par les membres de l'équipe au sein de la réserve commune de compétences afin d'obtenir un ferme engagement.
- Une vision commune de la mise en valeur des capacités de la communauté locale facilite le processus d'amplification pour mettre au point des méthodes complémentaires de collaboration qui répondent le mieux aux besoins locaux.
- L'intégration des exécutants locaux aux cycles de planification — ainsi que des représentants des populations desservies — est d'une importance primordiale.
- L'examen des questions de capacités de direction et de sécurité personnelle renforce les équipes d'animation et leur permet de forger des liens avec les parties prenantes locales.
- Des discussions fréquentes sur les mesures à prendre, s'appuyant sur l'analyse des concepts et de la méthode de transfert, sont essentielles et d'autant plus efficaces qu'elles incluent les exécutants sur le terrain et des membres de la communauté.

Module 5

Valorisation des ressources humaines

Éléments d'une intervention intégrée et à grande échelle



Aperçu

- Quelles sont les compétences — techniques, administratives, gestionnaires — nécessaires pour mettre en œuvre une IIGE ?
- Comment peut-on mettre en valeur, perfectionner et maintenir ces compétences ?

La pandémie de VIH-sida exige d'évaluer rapidement le besoin de valorisation des compétences — et d'une réponse appropriée — en particulier dans les pays à taux de prévalence élevé. Non seulement les ressources humaines et matérielles existantes se détériorent en raison de l'incidence de l'épidémie, mais en outre les fonctions de ces ressources changent, souvent en réponse à des besoins plus vastes et plus urgents.

Les exemples de réduction des capacités humaines en raison du VIH-sida deviennent de plus en plus courants. Par exemple, le taux de mortalité chez les enseignants, en Zambie, est 70 % plus élevé que chez les personnes de 15 à 49 ans. Les enseignants meurent du sida presque aussi rapidement qu'ils peuvent être formés (Kelley 1999). Au Malawi, 15 % du personnel du Ministère de l'Agriculture vivent avec le VIH-sida, pays où 87 % de la population vivent de l'agriculture (Malindi et al. 1999).

Le module 5, valorisation des ressources humaines :

- Définit la valorisation des capacités
- Décrit dans les grandes lignes les volets de valorisation des capacités
- Examine comment évaluer les capacités
- Présente des stratégies pour mettre en valeur les capacités
- Énumère les questions que les intéressés doivent prendre en considération dans l'exécution d'activités de valorisation des capacités dans le cadre de l'IIGE
- Fournit des références et ressources à titre de lecture complémentaire

Définition de la valorisation des capacités dans le cadre d'une IIGE

La planification de la mise en valeur des capacités tient compte de tous les facteurs — humains, organisationnels et environnementaux — et elle repose sur une idée claire des fonctions ultimes qui devront être exécutées par les participants

Définition de la valorisation des capacités dans le cadre d'une IIGE

Valorisation des capacités dans le cadre d'une IIGE — stratégies suivant lesquelles les ressources humaines et les capacités opérationnelles des institutions sont améliorées afin de **mieux exécuter des fonctions prioritaires**. La valorisation des capacités, dans le cadre de l'IIGE, a pour objet général d'assurer l'efficacité de la conception, de l'exécution, de la coordination, de la gestion et de l'évaluation des efforts de prévention, de soins et de soutien déployés à grande échelle.

spécifiques. La valorisation des capacités est un processus continu qui nécessite des cycles d'évaluation et réponse rapides, portant sur deux ou trois ans ; ces cycles doivent être, dans la plus grande mesure du possible, rentables par rapport au coût. Les bases de données locales et régionales des organisations et l'information peuvent y contribuer, de même que les réseaux de prestation de soutien technique. Si ces systèmes ne sont pas établis, les programmes seront lents à répondre aux changements importants à apporter dans les conditions d'exécution des programmes, comme (par exemple) le besoin en Afrique pour les prestataires de soins de santé et les PVS de disposer de directives pour des traitements antirétroviraux durables.

Les principaux défis de la valorisation des capacités dans le cadre d'une IIGE sont :

- Répondre aux besoins de compétences à court et à long terme des exécutants et prestataires de services
- Développer des systèmes pour améliorer les résultats et assurer la qualité
- Garantir la collaboration pluri-sectorielle entre le gouvernement et les institutions privées
- Assurer une infrastructure de base fonctionnelle qui facilite la communication et la collaboration des particuliers
- Constituer des réserves de ressources humaines en formateurs et animateurs locaux
- Reconnaître les besoins de gestion des changements institutionnels et y répondre
- Reconnaître l'effet des influences socioculturelles et religieuses

Les compétences techniques spécifiques à améliorer par le biais de la valorisation des capacités comprennent :

- Les compétences de gestion, suivi et évaluation des projets ;
- Les aptitudes à communiquer et à résoudre les conflits ;
- Les aptitudes à mobiliser des ressources ;
- Les aptitudes de mobilisation sociale ;
- Les aptitudes de recherche opérationnelle, notamment le rassemblement et la diffusion de données ; et
- Les aptitudes de défense des intérêts.

Volets de la valorisation des capacités et des questions d'exécution dans le cadre d'une IIGE

La valorisation des capacités comprend certains ou tous les six volets décrits plus bas. Pour que la valorisation des capacités soit durable, il est nécessaire d'identifier les systèmes existants ou d'en élaborer de nouveaux qui permettront de rendre l'un ou plusieurs de ces volets opérationnels. Des exemples pratiques de défi et d'intervention pour la mise en œuvre de stratégies de valorisation des capacités sont décrits pour certains de ces volets.

- **Capital humain.** C'est la mise en valeur des compétences humaines et l'utilisation efficace des personnels techniques, spécialisés et de gestion et du personnel bénévole. La valorisation des compétences recouvre l'identification des personnes à former, l'établissement de conditions de formation et d'éducation propices à un apprentissage efficace, les activités de formation en cours d'emploi et de supervision sur le terrain pour le transfert continu des compétences et, enfin, l'encadrement de longue durée pour fournir un soutien directionnel, affectif et moral.
Réponse : développer une base de données, à l'échelon du district ou à l'échelon national, regroupant des consultants régionaux qui peuvent fournir une assistance technique (AT) dans des domaines de compétences spécifiques (comme le changement de comportement ou les soins à domicile) et la faire correspondre aux demandes de perfectionnement des compétences existantes et aux besoins de formation du nouveau personnel de projet (Agence de coordination nationale pour le SIDA, Botswana, 2001).

- **Organisations et leur gestion.** Ce volet examine comment les organisations, leur culture et leurs styles de gestion influencent l'utilisation, le rendement et le maintien dans l'organisation des ressources humaines qualifiées.

Réponse : avoir recours à des programmes de formation et des stages professionnels pour perfectionner les compétences dans des domaines comme la gestion des changements organisationnels et la résolution des conflits.

- **Contexte des institutions du secteur public.** Ce volet examine comment les environnements institutionnels et politiques affectent les activités de la fonction publique et du gouvernement, notamment les rôles et les responsabilités des différents secteurs dans différents contextes. Par exemple, dans le cas de la décentralisation, les lois et réglementations qui affectent les politiques en matière d'engagement, d'avancement et de rémunération doivent être examinées.

Réponse : élaborer une politique de prévention du VIH pour chaque école, dans une étape préliminaire, afin de soutenir les travaux menés avec les sensibilisateurs entre égaux et les enseignants sur la prévention du VIH et autres activités connexes de promotion de la santé chez les jeunes, établir une politique nationale (ou sectorielle) des ressources humaines qui aborde les effets du VIH-sida et propose des stratégies de restructuration des institutions publiques.

- **Réseaux et collaborations.** Ce volet cherche à améliorer au maximum les ressources et à découpler la portée des actions. Ce volet couvre les alliances pluri-sectorielles des secteurs public et privé.

Réponse : 1) élaborer un système de gestion des connaissances, dans la région de la mer Baltique, pour définir des buts régionaux pour les jeunes, les consommateurs de drogues par voie intra-veineuse (CDI) et les maladies sexuellement transmissibles (MST), en jumelage avec des programmes intra-régionaux (Projet des centres d'excellence USAID/FHI, 2001) ; 2) s'engager dans la constitution de réseaux de soutien technique sud-sud entre les programmes nationaux de lutte contre le sida (Groupe de coopération technique horizontale [HORIZONTEC] Amérique latine et Caraïbes) ; 3) établir des réseaux d'institutions de formation sud-sud (Réseaux de formation régionaux sur le sida [RATN] Nairobi, Kenya).

- **Capital social et participation communautaire.** Le *capital social* évoque les interactions mutuellement bénéfiques qui permettent d'établir des réseaux de collaboration, des normes et d'instaurer la confiance entre les particuliers, tout en facilitant la coordination et la coopération. La *participation communautaire* concerne les actions complémentaires et le renforcement des systèmes de responsabilisation sociale et de défense des intérêts de la société.

Intervention communautaire : les exécutants expérimentés d'un programme mené à l'échelon de la communauté servent d'animateurs pour le lancement de programmes communautaires dans d'autres zones géographiques (une étude de cas non publiée sur l'amplification des programmes communautaires peut être obtenue en s'adressant au siège international de l'Armée du Salut, Londres).

- **Réforme de la politique des ressources humaines.** Alors que les pays se débattent avec des taux de mortalité grandissants causés par le SIDA, il s'avère nécessaire de déployer des efforts accélérés pour envisager les possibilités d'action efficace. La restructuration et la transformation institutionnelles peuvent être nécessaires pour faire face à une structure démographique radicalement modifiée. Les pays devront aussi suivre avec soin les réformes de la fonction publique qui sont des éléments courants des programmes d'ajustement structurel, étant donné que ces réformes peuvent affaiblir la capacité d'intervention des secteurs primordiaux. Par exemple, il arrive souvent que les réformes politiques d'ajustement structurel et de licenciements en raison de restrictions budgétaires ne considèrent pas sous quelle forme un secteur sera affecté par le VIH-sida ou comment il répondra à ce problème.

Evaluation des capacités dans le cadre d'une IIGE

Trois étapes importantes doivent être suivies pour évaluer les besoins de valorisation des capacités : 1) définir les fonctions principales, 2) évaluer les options de valorisation des capacités humaines et 3) renforcer les programmes de valorisation des capacités humaines.

Etapes de l'évaluation des capacités nécessaires pour une IIGE

Etape 1 : définir les fonctions principales

Etape 2 : évaluer les options de valorisation des capacités humaines

Etape 3 : renforcer les programmes de valorisation des capacités humaines

Etape 1 : définir les fonctions principales

Les fonctions principales qui devront être assumées par les spécialistes des ressources humaines ou les institutions concernées devront être définies clairement au début du processus d'évaluation. Par exemple, une fonction consisterait à décupler la portée de programmes de soins à domicile de deux à cinq districts ou d'exploiter le programme de manière plus approfondie en disposant de systèmes d'aiguillage plus actifs et de normes de soins convenues à l'avance.

Etape 2 : évaluer les options de valorisation des capacités humaines

Dans les efforts pour améliorer la valorisation des capacités humaines pour une fonction spécifique, il est important d'examiner les diverses stratégies de valorisation (décrites plus bas) afin de déterminer celle qui convient le mieux à un environnement spécifique. Il est utile de prendre en considération les priorités et de poser les questions suivantes : comment le renforcement des capacités peut-il être assuré, quelles sont les capacités et ressources nécessaires pour atteindre cet objectif, est-ce une stratégie de courte durée ou de longue durée qui convient le mieux au renforcement des capacités ? La valorisation des capacités ne sera peut-être pas requise par tous les volets. De nombreux instruments peuvent être utilisés pour évaluer les capacités nécessaires aux fonctions spécifiques (voir lectures complémentaires).

Etape 3 : renforcer les programmes de valorisation des capacités humaines

A mesure que de nouvelles priorités de renforcement des capacités seront identifiées, les programmes et stratégies devront être examinés en profondeur pour repérer des moyens de les consolider dans le contexte d'une IIGE.

Stratégies de valorisation des capacités : 1

Réforme de la politique des ressources humaines	Les examens et réformes de la politique nationale des ressources humaines sectorielles peuvent chercher à assurer que les effets du VIH-sida sont pris en compte. Il est important que les pays réexaminent les capacités en ressources humaines au fur et à mesure que des programmes de décentralisation, des initiatives sectorielles et l'expansion du secteur privé se poursuivent dans des zones aux taux de mortalité élevés.
Formation pré-emploi et éducation permanente	L'accent est mis sur l'élaboration de programmes d'études pour intégrer le VIH aux secteurs de la santé, de l'éducation et autres, et sur le renforcement de la capacité de recherche institutionnelle. Les mécanismes de soutien à la formation de longue durée et au maintien du personnel en fonction, tels que la réalisation de programmes d'études sanctionnées par un diplôme, sont également importants.
Formation en cours d'emploi et soutien au développement d'établissements d'enseignement et de recherche à l'échelle régionale	Les établissements d'enseignement et de recherche à l'échelle régionale dispensent des programmes intégrés de formation aux aptitudes techniques, de gestion, de direction et de recherche pour mieux informer les décisions concernant les actions et les programmes. La capacité de ces établissements à soutenir et décupler les programmes de formation devra aussi être prise en considération.

Stratégies de valorisation des capacités : 2

Soutien à la valorisation et l'emploi de consultants nationaux/régionaux	La formation de pourvoyeurs de soutien technique est indispensable aux programmes de prévention et de soins VIH à l'échelon du gouvernement et des ONG. L'emploi d'experts nationaux et régionaux contribue à apporter un soutien mieux adapté sur le plan culturel.
Assistance technique spécifique	Ceci consiste à aider les directeurs de programme à recevoir des formations de courte durée dans des domaines d'expertise spécifique à partir de sources nationales et internationales.
Jumelage de programmes de formation	Le jumelage d'institutions et de programmes est une forme de valorisation des capacités sous-utilisée, mais très efficace. Pour promouvoir la coopération technique et la constitution de réseaux de contacts régionaux sud-sud, il est nécessaire de bâtir des cadres institutionnels et de disposer de possibilités de financement. Cette stratégie a pour objet de rendre opérationnels des programmes d'échanges en harmonisant les besoins et les expériences des partenaires qui participent à ces programmes.
Enseignement à distance	Les mécanismes d'enseignement à distance qui existent fournissent un dispositif tout prêt de renforcement des capacités pour les programmes de prévention et soins VIH-sida ; cependant ce dispositif est jusqu'à présent sous-utilisé. Pour pouvoir tirer profit de ce dispositif, il faut comprendre les réseaux, les médias et les méthodologies d'enseignement utilisées dans un contexte donné ou par un secteur donné. Il est également important de s'informer sur les systèmes de vulgarisation existants et les possibilités d'élaboration et d'adaptation des programmes d'études, y compris l'intégration des questions spécifiques au VIH-sida.

Outil d'évaluation des capacités humaines dans le contexte d'une IIGE

	Besoins en capacités humaines		Besoins en capacités humaines
Module 1 : planification stratégique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification stratégique ■ Mobilisation communautaire ■ Economiste en matière de santé — expert en calcul des coûts ■ Expert en participation/animateurs 	Module 3 : rendre l'IIGE opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chargés de la mobilisation communautaire ■ Chargés de la vérification des comptes et de l'utilisation des fonds ■ Experts en gestion organisationnelle ■ Experts en systèmes d'information ■ Experts en planification et élaboration des politiques ■ Experts en décentralisation et gouvernance ■ Experts en assurance de la qualité ■ Experts juridiques ayant une excellente connaissance du VIH-sida pour les services de sous-traitance ■ Experts juridiques pour traiter les questions des droits humains ■ Experts en partenariat, constitution de réseaux et coordination ■ Experts en suivi et évaluation
Module 2 : stratégies techniques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Spécialistes de la communication en matière de développement, graphistes, chercheurs, FF en matière de CCC et communication impersonnelle (sensibilisation entre égaux) ■ Préservatifs — achat, logistique, distributeurs, testeur de la qualité ■ MST — FF pour la gestion thérapeutique des syndromes ; microbiologistes pour les recherches sur la résistance ■ Protection sanguine — formation de laborantins au dépistage du VIH ; organisateurs de collecte de sang auprès de personnes bénévoles ■ TME — FF pour des conseillers ; formation de prestataires de soins de santé ■ Discrédit — communication ; défense des intérêts ; avocats des droits de l'homme ■ CDV — conseillers, CCC ; laborantins ■ Soutien psychologique — conseillers ; spécialiste du développement organisationnel pour des groupes de soutien ■ Soins palliatifs — personnel soignant de la communauté ; expertise en gestion de la douleur ■ Traitement clinique des IO — prestataires de soins formés ; logistique des approvisionnements en médicaments ■ TB — experts en tuberculose, FF en DOTS (thérapie de courte durée fondée sur l'observation directe), logistique des approvisionnements en médicaments ■ OEV — travailleurs sociaux, experts en micro-entreprise, éducateurs, structures communautaires pour prodiguer des soins ■ ART — médecins formés ; experts laborantins ; conseillers ■ Conception de campagnes de communication stratégiques 	Module 4 : participation des ONG	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacité technique et opérationnelle des OC ■ Expert en constitutions de réseaux d'ONG ■ Expert en développement organisationnel des ONG
		Module 5 : Valorisation des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expert en planification des ressources humaines ■ Expert en formation ■ Expert en enseignement à distance
		Module 6 : calcul des coûts et utilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expert en planification ■ Economiste de la santé ■ Expert en préparation des budgets
		Module 7 : gestion de l'approvisionnement en médicaments et des fournitures médicales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expert pharmaceutique ■ Expert en équipement et des fournitures de laboratoire ■ Expert en passation de marchés ■ Expert en logistique et distribution ■ Expert commercial
		Module 8 : mesure des effets	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expert en suivi et évaluation ■ Expert en conduite d'enquêtes ■ Expert en postes sentinelles de surveillance du comportement

Stratégies de valorisation des capacités dans le contexte d'une IIGE

L'adoption d'une méthode participative pour la conception d'une stratégie de valorisation des capacités est aussi importante pour le succès que pour la stratégie. Il importe de faire concorder les besoins et les ressources disponibles avec les stratégies et méthodes adoptées. Des stratégies de valorisation des capacités sont décrites au tableau qui suit.

Outil d'évaluation des capacités humaines dans le contexte d'une IIGE

Les besoins en capacités humaines sont évalués et comblés afin de favoriser l'exécution efficace de l'IIGE. L'outil d'évaluation des capacités humaines

dans le contexte de l'IIGE est conçu de manière à aider les intéressés à examiner et à privilégier les besoins en capacités humaines nécessaires à la conduite de l'IIGE.

Questions d'exécution primordiales pour la valorisation des capacités dans le cadre d'une IIGE

L'encadré ci-joint énumère les questions primordiales que doivent se poser les planificateurs et les intéressés lorsqu'ils élaborent et mettent en œuvre un volet de valorisation des capacités dans le contexte d'une IIGE. Ces questions sont pertinentes tant pour le secteur du gouvernement que le secteur des ONG.

Questions d'exécution primordiales pour la valorisation des capacités dans le cadre d'une IIGE

- Le pays dispose-t-il d'un plan approfondi d'évaluation des questions de capacités humaines dans le cadre de l'intervention de lutte contre le VIH-sida ?
- Le pays dispose-t-il d'une base de données sur les capacités humaines disponibles et les domaines de compétence technique ?
- Des secteurs importants sont-ils en train d'élaborer des politiques de valorisation des ressources humaines ? Les descriptions de poste ont-elles été modifiées ? Les changements démographiques projetés en raison des décès causés par le VIH-sida ont-ils été pris en compte ?
- Les directeurs de programme ont-ils des suggestions sur la meilleure manière de s'associer aux réseaux nationaux et régionaux afin de soutenir la mise en œuvre de l'IIGE ?
- Quelle est la situation des programmes d'enseignement à distance dans le pays — atteignent-ils les exécutants à l'échelon des districts ou des communautés ?
- A-t-on recours à la radio pour diffuser des programmes d'enseignement à distance aux chefs communautaires et au personnel bénévole pour leur permettre d'améliorer leurs aptitudes pour la conduite de conversations communautaires sur le VIH-sida ? Existe-t-il des possibilités d'apprentissage de groupe, telles que des ateliers régionaux ou des visites d'enrichissement des compétences, comme l'expansion des activités d'animation en soins et conseil à l'échelon des programmes communautaires ?
- Quelles sont les stratégies qui sont appliquées pour élaborer des systèmes d'amélioration des résultats et d'assurance de la qualité ?
- Quelles stratégies le pays a-t-il mis en place afin de développer les capacités des exécutants et les pourvoyeurs de service de long et court terme ?
- Quelles sont les stratégies qui sont appliquées pour assurer une infrastructure de base qui permette aux particuliers de se rencontrer/communiquer pour mettre en valeur leurs capacités ?
- Quelles sont les stratégies qui sont appliquées pour constituer des réserves communes de formateurs/animateurs locaux ?
- A-t-on cherché à obtenir des ressources auprès de réseaux nationaux, régionaux et internationaux et ces ressources ont-elles été employées utilement ?

Liste de lectures complémentaires

- Berg EJ (coord.). *Rethinking Technical Cooperation : Reforms for capacity building in Africa* (repenser la coopération technique : réformes de renforcement des capacités en Afrique). New York : Bureau régional pour l'Afrique, Programme des Nations Unies pour le Développement et Development Alternatives, Inc., 1993.
- Hilderbrand ME, Grindle MS. *Building Sustainable Capacity : Challenges for the public sector* (renforcement des capacités durables : défis pour le secteur public). Rédigé pour le Programme des Nations Unies pour le Développement. Etude pilote du renforcement des capacités réalisée par le Harvard Institute for International Development, Harvard University, Cambridge, Mass., 1994.
- Kelley M. *What HIV/AIDS Can Do to Education and What Education Can Do to HIV/AIDS?* (qu'est-ce que le VIH-sida peut apporter à l'éducation et qu'est-ce que l'éducation peut apporter au VIH-sida?). Rapport présenté à la conférence de toute l'Afrique subsaharienne sur l'éducation pour tous, 2000, Johannesburg, Afrique du Sud, 1999
- Malindi G, Nyekanyeka M, Bota S. *Malawi : Factoring HIV/AIDS into the agricultural sector* (prendre en considération le VIH-sida dans le secteur de l'agriculture), Ministère de l'Agriculture et de l'Irrigation, 2000.
- ONUSIDA. *Putting Knowledge to Work : Technical resource networks for effective responses to HIV/AIDS* (faire emploi de la connaissance : réseaux de ressources techniques pour des interventions efficaces de lutte contre le VIH-sida). Genève : ONUSIDA, décembre 2000.
- Singh, JS, ed. *South to South : Developing countries working together on population and development* (sud-sud : pays en développement œuvrant ensemble aux questions de population et de développement). Washington : Population 2005, 2000.

Module 6

Calcul des coûts et utilisation des ressources

Éléments d'une intervention intégrée et à grande échelle



Aperçu

- Quel sera le coût ?
- Comment les ressources peuvent-elles être allouées ?

Partout dans le monde, le besoin d'amplifier la couverture et la portée des interventions VIH-sida se fait sentir avec urgence, en particulier dans les pays où le VIH se propage rapidement. Une grande expérience a été acquise et de meilleures méthodes de prévention élaborées au cours des deux dernières décennies de pandémie de VIH. Cependant, l'obtention de fonds suffisants pour mener des interventions qui ont fait leurs preuves est toujours un grand défi pour de nombreux pays. Mais une bonne nouvelle est que les fonds affectés aux programmes internationaux pour lutter contre le VIH-sida sont en train d'augmenter.

Le module 6, calcul des coûts et utilisation des ressources :

- Fournit des informations pour aider les planificateurs et directeurs de programmes à faire le meilleur emploi possible des fonds reçus, y compris des critères d'affectation des ressources et les estimations de coûts de l'IIGE par type et capacité de programme de prévention et soins VIH-sida.
- Contient des tableaux de ventilation des éléments à prendre en considération dans le calcul des coûts.
- Enumère les questions d'exécution primordiales pour le calcul des coûts et l'utilisation des ressources pour la conduite de l'IIGE.
- Fournit des références et des ressources à titre de lecture complémentaire.

Critères d'affectation des ressources

Les trois critères qui suivent peuvent aider les pays à déterminer comment affecter le mieux possible leurs ressources aux priorités sélectionnées.

- **Affectation proportionnelle aux besoins.** Cette démarche, souvent la plus simple, suppose l'affectation des ressources financières pour des interventions VIH-sida calculées selon le nombre de particuliers. Un exemple de ce type est illustré par les Etats-Unis où les fonds alloués aux

programmes fédéraux de prévention du VIH sont dans l'ensemble directement proportionnels au nombre de cas de sida signalés.

Une méthode convenant mieux aux pays en développement sera d'allouer des ressources en fonction de critères prospectifs — par exemple le ciblage de groupes sociaux ou de communautés à risque élevé de contracter le VIH et l'affectation des fonds à ces communautés selon le nombre de personnes.

- **Contraintes institutionnelles.** Ces types de contrainte s'appliquent en particulier aux soins et traitement. Les capacités humaines et l'infrastructure de santé sont souvent utilisées comme critères de décision pour l'exécution d'une série d'interventions de soins spécifiques. Un exemple de ce à quoi peut ressembler le continuum de services de prévention et de soins dans un pays donné est illustré au tableau 1.
- **Rapport coût-efficacité.** Les décisions d'affectation des ressources sont généralement prises en s'appuyant sur une analyse du rapport coût-efficacité. S'il est idéal de procéder à une analyse coûts-avantages — l'évaluation des avantages ainsi que des coûts des interventions — cette analyse est complexe dans la pratique et difficile à exécuter.

Un aspect important de l'analyse du rapport coût-efficacité est qu'elle permet aux planificateurs de classer les interventions qui produisent des indicateurs, par exemple le nombre de nouvelles infections par VIH et d'infections et des résultats comparables. Par exemple, dans le cas de programmes d'intervention sur le lieu de travail, les résultats peuvent être mesurés en fonction des maladies sexuellement transmissibles (MST) qui ont été évitées. En divisant ces indicateurs par le coût estimé d'autres programmes possibles, le rapport coût-efficacité des interventions peut être déterminé et classé. (Se reporter au module 2 pour un aperçu en détail des interventions techniques IIGE et au module 3 pour des stratégies opérationnelles.

Etapes du calcul des coûts de l'IIGE suivant le type et la capacité du programme de prévention et soins VIH-sida

Si on peut recueillir quelques informations sur les coûts des programmes menés à l'échelon des

Tableau 1 : Interventions IIGE en fonction des besoins, de la complexité et des coûts

<p>Activités essentielles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programmes de prévention du VIH pour la jeunesse et des groupes cibles ■ Conseil et dépistage volontaire du VIH ■ Traitement et soins palliatifs des infections opportunistes (IO) courantes : pneumonie, muguet, candidose vaginale, tuberculose pulmonaire (TB) ou DOTS ■ Soins nutritionnels ■ Soins des MST et services de planification familiale ■ Prophylaxie par Cotrimoxazole des personnes vivant avec le VIH-sida (PVS) ■ Activités communautaires qui atténuent les effets du VIH, notamment les interdictions de discrédit par la loi
<p>Complexité et coûts intermédiaires</p>	<p>Tout ce qui précède plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Repérage et traitement des cas actifs contre la tuberculose ■ Traitement préventif de la tuberculose chez les PVS ■ Médications antifongiques systémiques pour la mycose systémique comme la cryptococcose ■ Traitement des malignités apparentées au VIH : sarcome de Kaposi (KS), lymphome, cancer du col de l'utérus ■ Traitement des cas graves d'herpès ■ Prévention de la transmission d'une mère à son enfant (TME) ■ Prophylaxie pour les travailleurs exposés au VIH et pour les cas de viol ■ Réduction des répercussions économiques et sociales du VIH-sida
<p>Complexité et coûts élevés</p>	<p>Tout ce qui précède plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Triple thérapie par les antirétroviraux ■ Diagnostic et traitement des IO difficiles à diagnostiquer et coûteuses à soigner, comme la tuberculose résistante aux médicaments ■ Traitement avancé des malignités associées au VIH ■ Services publics pour atténuer les effets économiques et sociaux des PVS

communautés et des districts et sur les coûts des établissements individuels, il est difficile d'en obtenir sur les coûts des programmes de grande ampleur. Les quatre étapes qui suivent peuvent être appliquées à titre de principes directeurs pour estimer les coûts d'exécution d'une série d'interventions VIH-sida de grande ampleur ou à l'échelle nationale.

Première étape du calcul des coûts de l'IIGE : Définir la taille des groupes cibles

La première étape du calcul des coûts des interventions VIH-sida dans le cadre de l'IIGE consiste à estimer les groupes cibles potentiels (GCP) que les activités de prévention et de soins devront prendre en considération. Pour chaque intervention envisagée, un groupe cible pertinent est défini à

Étapes du calcul des coûts d'une IIGE de grande ampleur ou à l'échelle nationale

- Étape 1 :** Définir la taille des groupes cibles
- Étape 2 :** Définir la couverture actuelle et future des interventions
- Étape 3 :** Examiner les contraintes d'exécution existantes
- Étape 4 :** Estimer les coûts

l'aide de données épidémiologiques, comportementales et relatives à l'intervention. Une liste des groupes cibles sélectionnés accompagnée des interventions correspondantes figure au tableau 2.

Tableau 2 : Groupes cibles potentiels pour des interventions et activités de prévention et soins du VIH-sida

Intervention/activité	Groupes cibles potentiels
Interventions à l'intention des jeunes scolarisés et non scolarisés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfants des deux sexes inscrits dans l'enseignement primaire (6-11 ans) ■ Jeunes des deux sexes inscrits dans l'enseignement secondaire (12-16 ans) ■ Enfants des deux sexes de 6 à 11 ans non scolarisés ■ Jeunes des deux sexes de 12 à 16 ans non scolarisés ■ Jeunes des deux sexes inscrits dans l'enseignement supérieur
Interventions à l'intention des travailleurs du sexe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Travailleurs du sexe des zones urbaines
Interventions à l'intention des travailleurs migrants ou mobiles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mineurs ■ Routiers ■ Travailleurs agricoles
Interventions à l'intention des services en uniforme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Police ■ Forces armées (armée de terre, armée de l'air, marine, forces spéciales) ■ Immigration/contrôle des frontières ■ Douane et contributions indirectes ■ Prisons
Renforcement de la distribution de préservatifs par le secteur public et commercialisation sociale des préservatifs (masculins et féminins)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protection par préservatif de tous les actes sexuels occasionnels et réguliers (proportion fixée à 2 % pour les actes réguliers dans cette analyse)
Amélioration des services de prévention et soins des MST	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hommes (15-49 ans) avec symptômes MST guérissables et ayant accès aux services de santé ■ Femmes qui ne sont pas enceintes (15-49 ans) avec symptômes MST guérissables et ayant accès aux services de santé ■ Femmes enceintes atteintes de syphilis et ayant accès aux services de santé
Conseil et dépistage volontaire (CDV)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population sexuellement active
Interventions sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> ■ Activités de prévention du VIH pour les hommes et femmes employés régulièrement ■ Traitement MST : mêmes groupes que ceux du renforcement des services de soins et de lutte contre les MST, mais se limitant aux lieux de travail qui disposent de traitement MST ■ Distribution de préservatifs : nombre d'actes sexuels nécessitant un préservatif (fixé à 100 % pour les actes occasionnels et 2 % pour les relations régulières) pour les personnes employées régulièrement

Tableau 2 (suite) : Groupes cibles potentiels pour des interventions et activités de prévention et soins du VIH-sida

Intervention/activité	Groupes cibles potentiels
Renforcement des services de transfusion sanguine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Flacons de sang pour les transfusions
Prévention TME	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépistage (CDV) pour les femmes enceintes de 15-49 ans ayant accès aux services prénatals ■ Traitement ARV pour les femmes enceintes dont le test est séropositif et lait en formule pour les nourrissons
Mass-media	<ul style="list-style-type: none"> ■ Campagne nationale sur l'ensemble du pays
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ PVS présentant les symptômes
Traitement clinique des infections opportunistes	<ul style="list-style-type: none"> ■ PVS ayant accès aux services de santé
Soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ■ PVS ayant accès aux services de santé
Soins cliniques des enfants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins palliatifs de tous les enfants qui sont séropositifs et présentent les symptômes, et soins cliniques des enfants qui sont séropositifs, présentent les symptômes et ont accès aux services de santé
Prévention des IO (Cotrimoxazole et prophylaxie de la tuberculose)	<ul style="list-style-type: none"> ■ PVS qui présentent les symptômes et ont accès aux services de santé
Soutien aux orphelins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les enfants de moins de 15 ans devenus orphelins à cause du SIDA
Soutien psychologique et conseil	<ul style="list-style-type: none"> ■ PVS qui présentent les symptômes
Traitement (thérapie antirétrovirale hautement active)	<ul style="list-style-type: none"> ■ PVS qui présentent les symptômes et ont accès aux services de santé

Application du concept des groupes cibles potentiels (GCP) aux interventions TME

Le groupe cible défini pour les interventions TME se compose des femmes enceintes qui se font soigner à des centres prénatals.

Une fois que le groupe cible est défini, il faut déterminer la prise en charge d'un groupe cible par des interventions spécifiques. Dans cet exemple de transmission d'une mère à son enfant, les coûts de deux interventions TME ont été évalués :

- CDV dans la population prénatale qui a reçu des services prénatals, et
- Conduite d'une intervention antirétrovirale/soins d'alimentation

Les niveaux de couverture de ces interventions correspondent à la proportion de femmes qui sont testées séropositives et à la proportion de femmes qui acceptent de suivre le régime thérapeutique antirétroviral. Des hypothèses spécifiques sont formulées sur ces deux proportions. Dans le cas des soins, les pays sont classés suivant la force de leurs programmes VIH-sida en cours.

Etape 2 du calcul des coûts de l'IIGE : définir la couverture présente et future des interventions

Pour la plupart des interventions, la capacité et l'infrastructure des systèmes de soins existants peuvent limiter les groupes cibles qui peuvent être desservis. Ces limites se traduisent par le nombre de personnes qui peuvent être desservies par le système de soins et les programmes envisagés et sont désignées comme le groupe cible potentiel (GCP). Les niveaux de prise en charge des groupes cibles correspondent à ce que l'on pense être réalisable, objectivement, d'ici l'an 2005.

Le concept des GCP est appliqué pour assurer le calcul dans des conditions réalistes du niveau proposé d'activités en cours de planification, compte tenu de la capacité et de l'infrastructure existantes. Un modèle s'appuyant sur les GCP et les niveaux de prise en charge projetés est appliqué pour estimer le volume d'activité (soutenu) requis pour que chaque intervention atteigne son objectif de prise en charge spécifique. L'encadré qui figure plus haut montre

comment appliquer le concept GCP aux interventions TME.

Etape 3 du calcul des coûts de l'IIGE : examiner les contraintes d'exécution existantes

La planification nécessite d'examiner la prise en charge escomptée des groupes cibles qui peut être réalisée d'ici l'an 2005. Cette planification suppose que la faisabilité d'expansion de la prise en charge des groupes cibles sera supérieure dans les pays disposant de solides programmes de prévention et soins VIH-sida que dans les pays avec des programmes présentant des difficultés et/ou fragmentés.

La prise en charge des groupes cibles par les programmes VIH-sida dépendra de caractéristiques institutionnelles, en particulier de la force des programmes existants. Par exemple, les pays africains sont classés en quatre catégories suivant la force des programmes VIH-sida existants : programmes VIH-sida très faibles, faibles, moyens et solides. Les pays aux programmes solides comprennent l'Ouganda et le Sénégal, qui ont réussi à freiner l'épidémie de VIH. Les pays aux programmes "très faibles" incluent ceux qui connaissent actuellement des conflits, comme le Liberia et l'Erythrée, ou ceux où le conflit ne s'est achevé que récemment, comme la Somalie. Cette classification figure au tableau 3.

Le tableau 4 présente les prévisions de prise en charge spécifique pour des interventions de prévention et soins VIH-sida qui sont considérées comme réalisables d'ici l'an 2005. En raison de l'insuffisance d'informations sur les niveaux actuels de prise en charge pour les activités de soins de santé, il n'est pas possible d'estimer la prise en charge de référence pour les stratégies de soins. Par contre, les augmentations possibles de prise en charge qui pourraient être atteintes entre 2000 et 2005 sont estimées en tenant compte de la capacité des systèmes de soins actuels à absorber un niveau d'activité plus élevé (tableau 5).

Il est important de noter que ces pourcentages sont approximatifs. Pour chaque intervention/activité, l'augmentation de prise en charge proposée entre le niveau de référence et le niveau pour 2005 est calculée d'après ce qui peut être accompli, dans des conditions réalistes, au cours d'une période de cinq ans, compte tenu des contraintes de capacité et d'infrastructure. Etant

Tableau 3 : Estimation de la force des activités des programmes VIH-sida par pays

Très faible	Faible	Moyenne	Solide
<p><i>Angola</i></p> <p>Congo</p> <p>République démocratique du Congo</p> <p>Djibouti</p> <p><i>Erythrée</i></p> <p>Ethiopie</p> <p><i>Liberia</i></p> <p>Nigeria</p> <p>Sierra Leone</p> <p><i>Somalie</i></p>	<p>Bénin</p> <p>Burkina Faso</p> <p>Burundi</p> <p><i>Tchad</i></p> <p><i>Guinée équatoriale</i></p> <p>Gabon</p> <p>Gambie</p> <p>Ghana</p> <p>Guinée</p> <p>Guinée-Bissau</p> <p>Madagascar</p> <p>Mali</p> <p>Ile Maurice</p> <p>Niger</p> <p>Rwanda</p> <p>Togo</p>	<p>Botswana</p> <p>Cameroun</p> <p>République centrafricaine</p> <p>Côte d'Ivoire</p> <p>Kenya</p> <p>Lesotho</p> <p>Malawi</p> <p>Mauritanie</p> <p>Mozambique</p> <p>Namibie</p> <p>Afrique du Sud</p> <p>Swaziland</p> <p>Tanzanie</p> <p>Zambie</p> <p>Zimbabwe</p>	<p>Sénégal</p> <p>Ouganda</p>

Note : En raison du manque de données, les pays en italiques ne sont pas inclus dans les estimations présentées aux tableaux 4 et 5.

donné les faibles niveaux de prise en charge des GCP, ces chiffres révèlent que de grands segments de la population pourraient être atteints par les infrastructures existantes dans les pays.

Etape 4 : estimer les coûts

Des données sur les coûts à l'échelon des installations ou des projets ont été relevées dans des rapports publiés et non publiés pour obtenir une moyenne des coûts de référence pour l'exécution de chaque programme ou activité. Les coûts d'expansion ou d'amplification des interventions sont calculés en fonction des niveaux de prise en charge actuels et projetés des groupes cibles. Le modèle estime les coûts associés aux différents niveaux de prise en charge des GCP. Les planificateurs et directeurs de programmes peuvent prendre en considération ces estimations de coûts en fonction des GCP étant donné qu'elles reposent sur les prévisions du niveau de prise en charge recherché.

Les données de coût unitaire sont calculées dans l'estimation des coûts :

- Les coûts financiers représentent les dépenses véritables de biens et de services achetés. Les coûts sont décrits en fonction du montant d'argent versé pour les ressources utilisées dans le programme ou le service.

- Les coûts économiques comprennent l'estimation de la valeur des biens ou services pour lesquels il n'y a pas eu de transaction financière. Ils se rapportent aussi aux situations où le prix des biens ne traduit pas le coût de son utilisation productive ailleurs, notamment les donations de biens et de services et autres intrants dont le prix n'est pas toujours précis.

L'analyse des coûts peut être effectuée de deux manières :

- L'analyse du coût complet estime les coûts de toutes les ressources qui sont utilisées pour exécuter un programme ou un service, y compris l'infrastructure de base.
- L'analyse différentielle examine le coût de l'incorporation du programme ou service supplémentaire à ceux qui existent déjà.

Lors du calcul des données de coût unitaire, tous les coûts de prévention et de soins de base sont le mieux déterminés du point de vue du fournisseur de ces services. Dans la mesure du possible, il convient de prendre en considération les coûts économiques et l'analyse du coût complet. Sauf indication contraire, tous les coûts unitaires incluent les charges renouvelables et les coûts annualisés pour les apports de capital. On peut trouver un examen détaillé des

Tableau 4 : Estimations des niveaux de prise en charge de référence et projetés pour 2005 pour les interventions de prévention et soins VIH-sida (suivant la force des programmes)

	Estimations de prise en charge pour les interventions VIH-sida							
	Estimation de prise en charge de référence				Estimation de prise en charge pour 2005			
	Très faible	Faible	Moyenne	Solide	Très faible	Faible	Moyenne	Solide
Interventions auprès des jeunes								
% enseignants primaires formés requis	5%	5%	10%	20%	40%	50%	60%	60%
% enseignants secondaires formés requis	20%	20%	30%	50%	60%	70%	80%	80%
% enfants 6-11 ans non scolarisés couverts	5%	5%	10%	10%	10%	10%	15%	15%
% jeunes 12-15 ans non scolarisés couverts	5%	5%	10%	20%	30%	40%	50%	50%
Interventions s'adressant aux travailleurs du sexe et clients								
% travailleurs du sexe couverts par l'intervention par année	20%	20%	40%	50%	40%	50%	60%	60%
Utilisation régulière moyenne de préservatifs	20%	25%	30%	30%	50%	60%	70%	80%
% préservatifs féminins	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Augmentation de la distribution de préservatifs par le secteur public								
% actes sexuels avec utilisation de préservatifs fournis par le secteur public	5%	10%	20%	30%	10%	20%	30%	40%
Gaspillage de préservatifs pendant stockage et distribution	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Commercialisation sociale de l'emploi des préservatifs								
% actes sexuels avec emploi de préservatif chez les TS	5%	10%	20%	30%	30%	40%	50%	50%
% préservatifs féminins fournis aux TS	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Amélioration des services de soins et de lutte contre les MST								
% hommes avec symptômes MST traités dans établissements de soins	5%	5%	15%	20%	30%	30%	30%	40%
% femmes avec symptômes MST traitées dans établissements de soins	5%	5%	15%	20%	30%	30%	30%	40%
% syphilis détectée chez les femmes et traitée dans DPN	5%	5%	15%	20%	30%	30%	40%	50%
Conseil et dépistage volontaire								
Prise en charge des personnes 15-49 ans sexuellement actives en zone urbaine	1%	1%	1%	1%	5%	5%	5%	5%
Prise en charge des personnes 15-49 ans sexuellement actives en zone rurale	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%
Interventions sur le lieu de travail (y compris militaires, chauffeurs routiers)								
% travailleurs ayant accès à la sensibilisation contre le VIH entre égaux	0%	2%	10%	10%	10%	10%	25%	25%
% total de préservatifs fournis au lieu de travail	5%	10%	20%	30%	60%	60%	60%	60%
% employeurs de main-d'œuvre assurant traitement MST	1%	1%	5%	5%	5%	5%	15%	15%
% hommes sur lieu de travail avec symptômes MST traités	1%	1%	5%	5%	80%	80%	80%	80%
% femmes sur lieu de travail avec symptômes MST traités	1%	1%	5%	5%	40%	40%	40%	40%
Mesures de protection sanguine								
Proportion des flacons de sang pour transfusion analysés, zone urbaine	60%	80%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
Proportion des flacons de sang pour transfusion analysés, zone rurale	40%	70%	90%	100%	80%	95%	100%	100%
Interventions TME								
% femmes citadines enceintes soignées dans DPN et testées	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	10%	10%	10%	10%
% femmes rurales enceintes soignées dans DPN et testées	0%	0%	0%	0%	5%	5%	5%	5%
% femmes ayant reçu et suivi régime thérapeutique	0%	0%	0.5%	0.5%	90%	90%	90%	90%
% femmes testées séropositives utilisant formule	0%	0%	0.5%	0.5%	50%	50%	50%	50%
Mass-media								
Nombre moyen de campagnes par an	2	2	2	2	6	6	6	6

Tableau 5 : Estimation du pourcentage de prise en charge soutenu pour les soins VIH-sida d'ici 2005

	Force des programmes du pays			
	Très faible	Faible	Moyenne	Solide
Soins palliatifs Proportion de personnes avec symptômes recevant des soins palliatifs	40%	40%	30%	30%
Traitement clinique des infections opportunistes Proportion de personnes avec symptômes nécessitant la traitement clinique des IO, ayant accès aux services de santé et recevant des soins	20%	20%	20%	20%
Prévention des IO Proportion des personnes avec symptômes ayant accès aux services de santé qui reçoivent des soins palliatifs	25%	25%	35%	35%
Soins à domicile Proportion des PVS recevant des soins à domicile	20%	20%	20%	20%
Soins des nourrissons séropositifs Proportion de ceux recevant un traitement palliatif pendant la dernière année de vie Proportion de ceux nécessitant des soins pour IO ayant accès aux services de santé et recevant des soins	40%	40%	30%	30%
Soins des orphelins Proportion des orphelins dans des orphelinats Proportion des orphelins de la communauté recevant de l'aide Proportion de tous les orphelins recevant des subsides pour leur éducation scolaire	5%	5%	5%	5%
Soutien psychosocial et conseil Proportion des cas de PVS recevant un soutien psychosocial	15%	30%	30%	15%
Traitement HAART	10%	10%	25%	25%

coûts de prévention dans Kumaranayake et Watts (2000b). Dans le cadre de cette analyse, les pays classés comme pays à revenu élevé sont le Botswana, Djibouti, le Gabon, l'île Maurice, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland.

Le tableau 6 décrit le coût unitaire par intervention. Les planificateurs et directeurs de programmes peuvent utiliser ces données pour établir les estimations de coût des interventions à l'échelon national, régional et/ou communautaire.

Tableau 6. Description des estimations de coûts unitaires par source

Il convient de noter : 1) que pour tous les scénarios, les activités sont coordonnées principalement par le biais des ministères de l'éducation ; 2) que l'on ne dispose pas d'information en ce qui concerne coûts de l'enseignement primaire en Tanzanie, à l'exception des coûts approximatifs de Boerma et Bennett (1997).

Tableau 6 : Description des estimations de coûts unitaires par source

Interventions s'adressant à la jeunesse	
Coût par enseignant formé, éducation primaire	<p>Faible : 75 \$; programme simple avec formation des enseignants et approvisionnement en matériel de base</p> <p>Moyen : 200 \$; comprend l'élaboration de matériel didactique et l'établissement d'un programme scolaire</p>
Coût par enseignant formé, éducation secondaire	<p>Faible : 121 \$; programme simple ; en assumant que le coût est financier et différentiel ; (Boema et Bennett 1997), Tanzanie</p> <p>Moyen : 241 \$; programme plus vaste ; en assumant que le coût est financier et différentiel, Tanzanie</p>
Coût par jeune spécifique/sensibilisation entre égaux pour jeunes non scolarisés	<p>En assumant qu'un programme de sensibilisation entre égaux est en place pour les jeunes non scolarisés. Du fait de l'absence de données, on a assumé que les coûts étaient plus élevés que pour une intervention sur le lieu de travail, mais plus bas que pour une intervention s'adressant aux travailleurs du sexe (TS) étant donné que les clients sont plus faciles à atteindre. Les calculs du coût sont une moyenne des scénarios s'appliquant aux programmes de sensibilisation des TS et de sensibilisation entre égaux sur le lieu de travail.</p> <p>Faible : 8,00 \$</p> <p>Moyen : 10,81 \$</p>
Interventions s'adressant aux travailleurs du sexe	
Coût par TS spécifique	<p>Projet de sensibilisation entre égaux au Cameroun ; sensibilisateurs non rémunérés et préservatifs distribués gratuitement ; calcul du coût économique et du coût total (Kumaranayake et al. 1998)</p> <p>Faible : 15,83 \$</p> <p>Moyen : 21,12 \$</p>
Coût par préservatif masculin distribué, zone urbaine	<p>Coûts d'un programme TS au Zimbabwe ; en assumant un coût économique (Soderlund et al. 1993), on obtient un chiffre pour le scénario moyen, qui est extrapolé pour le calcul du coût faible.</p> <p>Faible : 0,10 \$</p> <p>Moyen : 0,14 \$</p>
Coût par préservatif féminin distribué	<p>Coûts des biens et de commercialisation/distribution des programmes TS menés actuellement par Population Services International (PSI) en Zambie et au Zimbabwe (communication personnelle, Guy Stallworthy) ; coûts financiers et marginaux</p> <p>Faible : 1,00 \$</p> <p>Moyen : 2,00 \$</p> <p>Ces chiffres incluent des estimations pour le coût marchand et le coût de distribution du préservatif féminin. Le prix de gros négocié pour le préservatif féminin est de 0,64 \$ en prix 2000. La commercialisation est beaucoup plus intensive pour le préservatif féminin que pour le préservatif masculin.</p>

Note : 1) Pour tous les scénarios, les activités sont coordonnées principalement par le biais des ministères de l'éducation. 2) On ne dispose pas d'information en ce qui concerne coûts de l'enseignement primaire en Tanzanie, à l'exception des coûts approximatifs de Boerma et Bennett (1997).

Tableau 6 (suite) : Description des estimations de coûts unitaires par source

Distribution soutenue de préservatifs par le secteur public	
	Estimations de Zambie, où les préservatifs étaient distribués gratuitement par le biais des circuits de commercialisation publics ; calcul du coût économique et du coût complet (Goodman et Watts 1995) ; les coûts urbains et ruraux sont supposés être les mêmes.
Coût par préservatif masculin distribué dans le secteur public	Faible : 0,10 \$ Moyen : 0,34 \$
Coût par préservatif masculin pour renforcer la logistique de distribution des préservatifs	Faible : 0,045 \$ Moyen : 0,07 \$
Commercialisation sociale des préservatifs	
	Chiffres tirés de Stallworthy et Meekers (1998), qui présentaient tout une série de coûts pour les programmes PSI s'adressant aux TS, suivant qu'ils s'agissait de programmes à faible coût, coût moyen ou coût élevé (exprimés en \$ 1996) ; ces chiffres sont supposés correspondre à l'analyse du coût financier et du coût complet.
Coût par préservatif masculin distribué, zone urbaine	Faible : 0,12 \$ Moyen : 0,29 \$
Coût par préservatif distribué, zone rurale	Faible : 0,25 \$ Moyen : 0,45 \$
Coût par préservatif féminin distribué	Même coût que pour le préservatif féminin distribué dans le cadre des interventions pour TS
Amélioration des services de soins et de lutte contre les MST	
Coût par cas MST traité/examiné (gestion thérapeutique des syndromes)	Faible : 12,26 \$; intervention intensifiée par le biais des services de santé existant en Tanzanie, incluant la gestion thérapeutique des syndromes ; coûts économiques et marginaux (Gilson et al. 1997) Moyen : 15 \$; programme de contrôle intégré MST/VIH au Mozambique ; coûts inclus pour pré-consultation, notification du partenaire ; gestion thérapeutique des syndromes ; coûts de planification et de gestion exclus ; ce chiffre est supposé correspondre à l'analyse du coût financier et différentiel (Bastos et al. 1992)
Coût par femme soumise au test de dépistage de la syphilis dans services de santé génésique	Faible : 0,91 \$; coût par femme soumise au test en Tanzanie ; coût supposé correspondre à l'analyse du coût financier (Kigadye et al. 1993) Moyen : 2,00 \$ d'après le programme de Mozambique décrit ci-dessus (Bastos et al. 1992)
Coût par cas MST traité, services prénatals	Même coût que pour les cas MST traités/examinés
CDV	
Coût par personne conseillée et prenant le test de dépistage	Faible : 3,80 \$; coût de l'addition du service CDV à un hôpital rural sud-africain, à l'exclusion de tous les frais généraux, mais incluant tous les coûts commerciaux des trousse de test de dépistage, du personnel de laboratoire et de l'équipement utilisé ; coût du test rapide Capillus, coûts économiques et marginaux Moyen : 13,82 \$; estimation des coûts de la gestion d'un service CDV dans un dispensaire fixe en Ouganda (Alwano-Edyegu et Marum 1999) ; supposée correspondre à l'analyse des du coût économique et complet

Tableau 6 (suite) : Description des estimations de coûts unitaires par source

Interventions sur le lieu de travail	
	Les données sur le coût unitaire de la sensibilisation entre égaux sont tirées de Soderlund et al. (1993) concernant une intervention sur le lieu de travail en Ouganda. Les chiffres correspondent au coût faible et sont extrapolés pour obtenir un coût moyen ; les coûts sont supposés correspondre à l'analyse du coût économique et du coût complet.
Coût par personne du lieu de travail pris en compte (sensibilisation entre égaux)	Faible : 0,26 \$ Moyen : 0,50 \$
Coût par cas MST traité/examiné	Comme pour le renforcement du traitement MST
Coût par préservatif masculin distribué	Comme pour l'intervention s'adressant aux TS
Renforcement du système de transfusion sanguine	
	Les données sur le coût unitaire sont tirées de Soderlund et al. (1993). Ces chiffres sont calculés d'après les systèmes publics centralisés de transfusion sanguine du Zimbabwe et de l'Ouganda ; ces données sont supposées correspondre à l'analyse du coût économique et du coût complet.
Coût par flacon de sang sans risque recueilli	Faible : 5,34 \$ Moyen : 18,22 \$
TME	
Coût par femme soumise au test de dépistage	Comme pour l'intervention CDV ; tous ces coûts ne représentent que les dépenses de médicaments
Coût par femme testée séropositive et recevant un régime thérapeutique	Faible : 5 \$; traitement par nevirapine HIVNET 012 ; coût par durée du traitement calculé en fonction de la dose administrée aux femmes en cours d'accouchement et ensuite de la dose administrée au nourrisson après la naissance, d'après Marseille et al. (1999) ; supposé correspondre à l'analyse du coût financier et différentiel Moyen : \$50 ; CDC thaïlandais — traitement ZDV pendant la période prénatale et d'accouchement seulement. Coût par durée du traitement calculé d'après l'emploi du médicament thaïlandais générique (ONUSIDA, 1999b) ; dépenses de fret non incluses ; le coût couvre uniquement le prix du médicament et il est supposé correspondre au calcul financier et différentiel.
Coût du renforcement des services de soins pour l'administration de traitements aux femmes séropositives	Les coûts de la formation et de la dotation en personnel supplémentaire pour répondre à ces besoins sont extrapolés ; ces coûts sont tirés de Wilkinson et al. (1998) et sont calculés d'après les coûts de formation supplémentaire du personnel infirmier et de dotation supplémentaire en sages-femmes en milieu rural sud-africain. Faible : 13,70 \$ - 40 % des coûts de Wilkinson et al. (1998) Moyen : 24,00 \$ - 70 % des coûts de Wilkinson et al. (1998)
Coût par femme de l'utilisation de lait en formule pendant six mois	Données sur le coût faible tirées de Pazvakavambwa(1999). Ces données sont supposées correspondre à l'analyse du coût financier et du coût différentiel ; n'incluent pas les coûts de fret et de transport ; le coût moyen est extrapolé à partir du tarif bas ; les coûts pour assurer l'alimentation en eau pure ne sont pas inclus. Faible : 50 \$ Moyen : 55 \$

Tableau 6 (suite) : Description des estimations de coûts unitaires par source

Mass-media	
Coût par campagne	<p>Les données de coût des campagnes de mass-media proviennent de Soderlund et al. (1993) et de Kumaranayake et al. (1998). Ces données correspondent dans les deux cas au coût financier et complet. Le scénario à faible coût correspond à un programme mené au Gabon, où la campagne a été confiée à une entreprise privée et couvre les salaires et frais généraux ; le scénario à coût moyen se rapporte à un programme de trois mois mené par les mass-media au Cameroun, appliquant les tarifs commerciaux pour le temps de diffusion ; ces coûts n'incluent pas les frais généraux ni la rémunération des personnes y participant.</p> <p>Faible : 489.565 \$ Moyen : 516.817 \$</p>
Soins palliatifs	
Coût par patient et par an	<p>Ces coûts sont fondés sur l'estimation de la fréquence de ces symptômes chez les PVS en Afrique subsaharienne et sur les frais de médicaments pour traiter les symptômes courants (tels que la fièvre, la toux, la diarrhée, les éruptions cutanées, les migraines, la nausée), qui sont appliqués pour le calcul du coût par patient et par an ; ce coût est supposé correspondre à l'analyse économique et différentielle (Banque mondiale 1997a).</p> <p>Faible : 21,50 \$ Moyen : 25,80 \$</p>
Traitement clinique des IO	
Coût du traitement par adulte et par an	<p>Les coûts de la traitement clinique incluent les coûts du traitement des infections opportunistes (IO) courantes en Afrique subsaharienne (telles que la tuberculose, muguet, pneumonie/ septicémie). Le coût repose sur l'estimation de la fréquence des IO, des frais de médicaments et du coût des soins de consultation externe et d'hospitalisation en Afrique subsaharienne. Les frais de médicaments proviennent de l'étude de la Banque mondiale (1997a). Les coûts de consultation externe et d'hospitalisation ont été estimés séparément pour les pays à faible revenu (d'après la Banque mondiale 1997a ; Hansen et al. 2000). Ces coûts couvrent à la fois les frais directs concernant le patient (médicaments et services de laboratoire) et les frais indirects (personnel et installations). Pour obtenir des chiffres correspondant aux pays à revenu élevé, des multiplicateurs des coûts directs et indirects sont calculés à partir des coûts relatifs du traitement ambulatoire et en hospitalisation de la tuberculose en Afrique du Sud (Floyd et al. 1997), au Malawi, au Mozambique et en Tanzanie (De Jonghe et al. 1994) ; ces chiffres sont supposés correspondre à l'analyse du coût économique et du coût complet.</p> <p>Pays à faible revenu :</p> <p>Faible : 247 \$ Moyen : 359 \$</p> <p>Pays à revenu élevé :</p> <p>Faible : 471 \$ Moyen : 698 \$</p>

Tableau 6 (suite) : Description des estimations de coûts unitaires par source

Prévention des infections opportunistes (IO)	
Coût de prophylaxie des IO (INH et cotrimoxazole) par adulte et par an	<p>Compte tenu du chevauchement des activités de traitement préventif de la tuberculose et de prophylaxie par Cotrimoxazole (suivi, coûts des visites de consultation externe), l'estimation englobe les coûts communs d'administration d'INH et de Cotrimoxazole. Pour les pays à faible revenu, les données de coûts sont adaptées de l'étude d'Aisu et al. (1995) en Ouganda pour un traitement préventif par INH sur une période de six mois et incluent les coûts de test cutané initial, de dépistage (radiographie du thorax, prélèvement de crachat) pour la tuberculose active, ainsi que les coûts de personnel et d'administration du traitement. Pour les pays à revenu élevé, les coûts sont adaptés de l'étude de Masobe et al. (1995) en Afrique du Sud et incluent les frais de dépistage, d'administration des médicaments (INH cinq fois par semaine pendant six mois), de suivi, ainsi que les coûts de personnel et de transport. Les données concernant le coût de Cotrimoxazole sont tirées de Guinness (2000). Aucun coût supplémentaire n'est inclus pour le dépistage du VIH, étant donné qu'il est assumé qu'ils sont pris en compte dans les dépenses de CDV ; les coûts sont supposés correspondre à une analyse financière et différentielle.</p> <p>Pays à faible revenu :</p> <p>Faible : 30 \$</p> <p>Moyen : 36 \$</p> <p>Pays à revenu élevé :</p> <p>Faible : 64 \$</p> <p>Moyen : 79 \$</p>
Soins à domicile	
Coût par personne vivant avec le VIH-sida prise en charge	<p>Les estimations de coûts proviennent de projets menés au Zimbabwe et en Zambie (Chela et al. 1994 ; Gilks et al. 1998). Ces estimations correspondent à des interventions qui ont tendance à couvrir un nombre très limité de leurs populations cibles (moins de 10 % de la population éligible en Zambie et au Zimbabwe) ; ces estimations sont supposées correspondre au coût financier et au coût complet.</p> <p>Faible : 63 \$</p> <p>Moyen : 197 \$</p>
Soins des enfants séropositifs	
Coût des soins palliatifs par enfant	<p>Considéré comme étant les deux tiers du coût des soins pour les adultes</p> <p>Faible : 14,30 \$</p> <p>Moyen : 17,20 \$</p>
Coût de la traitement clinique des IO par enfant	<p>Pays à faible revenu :</p> <p>Faible : 163 \$</p> <p>Moyen : 237 \$</p> <p>Pays à revenu élevé :</p> <p>Faible : 311 \$</p> <p>Moyen : 461 \$</p>

Tableau 6 (suite) : Description des estimations de coûts unitaires par source

Soutien aux orphelins	
Coût d'orphelinat par enfant	<p>Les frais de subsistance incluent l'alimentation, l'habillement et les biens essentiels. Les frais scolaires incluent les subventions pour couvrir la scolarisation et les uniformes. Calcul fondé sur les estimations de Boerma et Bennett (1997) pour les soins d'orphelinat en Tanzanie. Calcul supposé correspondre au coût financier et au coût complet.</p> <p>Faible : 120 \$ Moyen : 180 \$</p>
Coût de l'aide communautaire aux frais de subsistance par enfant	<p>Coûts tirés de Drew et al. (1998) pour des programmes du Zimbabwe mis en œuvre par des organisations communautaires, avec le soutien d'un personnel bénévole rendant visite aux familles s'occupant d'orphelins ; les chiffres sont supposés correspondre au coût financier et au coût complet.</p> <p>Faible : 9 \$ Moyen : 35 \$</p> <p>Chiffres tirés de Boerma et Bennett (1997), dans le cadre de programmes régionaux à l'intention des communautés vivant dans des conditions de prévalence élevée. Ces chiffres incluent le soutien aux nouveaux orphelins et les postes de distribution alimentaire à l'intention de la communauté ; les chiffres sont supposés représenter le coût financier et complet.</p>
Coût des frais scolaires par enfant	<p>Calculé d'après les estimations de Boerma et Bennett (1997) pour la Tanzanie. Moyenne pondérée des frais de scolarité primaire et secondaire ; les chiffres supposés correspondre au coût financier et complet.</p> <p>Faible : 25 \$ Moyen : 33 \$</p>
Conseil et soutien psychosocial	
Coût par personne prise en charge	<p>Les coûts sont extrapolés à partir des dépenses CDV. Pas d'estimations de ce coût n'ont été publiées.</p> <p>Faible : 3 \$ Moyen : 6 \$</p>
Renforcement institutionnel	
	<p>Ces coûts sont reliés à la force des programmes existants (très faible, faible, moyenne, solide) et reposent sur les estimations de mise en œuvre du MTP-III en Tanzanie.</p>
Coût par habitant des pays aux programmes très faibles	<p>Faible : 0,021 \$ Moyen : 0,026 \$</p>
Coût par habitant des pays aux programmes faibles	<p>Faible : 0,015 \$ Moyen : 0,019 \$</p>
Coût par habitant des pays aux programmes moyens	<p>Faible : 0,010 \$ Moyen : 0,013 \$</p>
Coût par habitant des pays aux programmes solides	<p>Faible : 0,006 \$ Moyen : 0,008 \$</p>

Tableau 6 (suite) : Description des estimations de coûts unitaires par source

Traitement antirétroviral à activité élevée (HAART)

Coût de la triple thérapie antirétrovirale par personne traitée

La structure du calcul des coûts du traitement antirétroviral à activité élevée (HAART) suit le modèle de soins de l'ONUSIDA (ONUSIDA 2000A). Le coût par personne inclut les dépenses de médicaments, le suivi, la formation du personnel, le transport, le renforcement des installations pour l'administration du traitement ARV, la traitement clinique appropriée et la fourniture des médicaments pour traiter les effets secondaires, les réactions adverses et les principales douleurs, ainsi que la prophylaxie des IO. Le plus grand volet des coûts unitaires est le coût des médicaments. Ces prix changent rapidement et traduisent les différentes associations de médicaments qui peuvent être ordonnés. Pour le scénario à faible coût, des dépenses moyennes en médicaments de 1.400 \$US sont appliquées par personne et par an. Ce chiffre repose sur des négociations entre le Sénégal et les compagnies pharmaceutiques concernant l'achat en gros d'antirétroviraux (Compagnies pharmaceutiques 2000). Le prix des médicaments, pour le scénario à coût moyen, est de 2.635 \$US, compte tenu de l'expérience du Brésil, en 1999, concernant l'achat d'ARV (Panos 2000). En comparaison, le prix négocié pour les achats de l'Ouganda en mai 2000 était de 4.201 \$US et le prix aux Etats-Unis était de 9.905 \$US.

Les coûts de suivi font état des frais de suivi de la charge virale, de numérations cellulaires CD-4, de chimie du sang, de transport et consultations externes tirés d'un large éventail de sources (Guinness 2000 ; Panos 2000 ; Banque mondiale 1997a). Le calcul du coût des stages de formation du personnel repose sur les estimations de coût tirées de Masobe et al. (1995) pour la formation à l'administration de traitements préventifs ; ce coût est revu en baisse pour les pays à faible revenu en tenant compte du multiplicateur ambulatoire pour les coûts directs décrits plus haut dans le calcul des coûts de traitement clinique. Les coûts de la traitement clinique appropriée, des médicaments pour traiter les effets secondaires, les réactions adverses et les principales douleurs, ainsi que les coûts de prophylaxie des IO sont tirés des mêmes sources citées plus haut. On suppose que les coûts sont financiers et marginaux.

Pays à faible revenu :

Faible : 1.993 \$

Moyen : 3.468 \$

Pays à revenu élevé ;

Faible : 2.393 \$

Moyen : 4.049 \$

Questions d'exécution primordiales pour le calcul des coûts et l'utilisation des ressources

Ce qui suit est un résumé des questions d'exécution primordiales concernant le calcul des coûts et l'utilisation des ressources figurant au module 6.

Questions d'exécution primordiales pour le calcul des coûts et l'utilisation des ressources dans le cadre de l'IIGE

Affectation des ressources à l'IIGE

- Quels sont les critères d'affectation des ressources dans votre programme ?
- Avez-vous pris en compte des critères fondés sur les besoins ? Avez-vous classé par priorité les groupes cibles ?
- Avez-vous évalué ou classé la force relative de votre programme ?
- Avez-vous pris en considération le rapport coût-efficacité des interventions que vous avez classées ? Avez-vous pris en considération la complexité d'exécution de ces interventions ? Avez-vous pris en considération le coût par habitant de l'exécution de ces interventions ?

Calcul du coût de l'IIGE

- Lorsque vous avez calculé le coût de votre plan IIGE, avez-vous suivi chacune des étapes suivantes ?
 - Etape 1 — Définir la taille des groupes cibles.
 - Etape 2 — Définir la couverture actuelle et future des programmes.
 - Etape 3 — Examiner les contraintes d'exécution existantes.
 - Etape 4 — Estimer les coûts.

Liste de lectures complémentaires

Adapté principalement de :

Banque mondiale. Coûts de l'amplification des activités de programme VIH à l'échelle nationale en Afrique subsaharienne : méthodes et estimations. Elaboré pour le Forum africain de développement, décembre 2000.

Références détaillées

- Adler M, Foster S, Grosskurth H, Richens J, Slavinf H. *Sexually Transmitted Infections : Guidelines for prevention and treatment* (maladies sexuellement transmissibles : principes directeurs en matière de prévention et de traitement). Health and Population Rapport de situation. Londres : Département du développement international, 1998.
- Ainsworth M, Teokul W. Breaking the silence : setting realistic priorities for AIDS control in less developed countries (rompre le silence : fixer des priorités réalistes pour la lutte contre le sida dans les pays moins avancés). *Lancet* 2000 ; 356 : WA 35—40.
- Aisu T, Raviglione MC, van Praag E, et al. Preventive chemotherapy for HIV-associated tuberculosis in Uganda : An operational assessment at a voluntary counseling center (chimioprophylaxie de la tuberculose associée au VIH en Ouganda : évaluation opérationnelle d'un centre de conseil volontaire). *AIDS* 1995 ; 9 : 267—73.
- Alwano-Edyegu M, Marum E. *Knowledge Is Power : Voluntary counseling and testing in Uganda* (le pouvoir de la connaissance : conseil et dépistage volontaire en Ouganda). Genève : ONUSIDA, 1999.
- Banque mondiale. Prévention et atténuation du sida en Afrique subsaharienne : stratégie pour l'Afrique. Rapport numéro 15569. Washington, D.C. : Division ressources humaines et pauvreté, Département technique, Région Afrique, 1996.
- Banque mondiale. *Confronting AIDS : Public priorities in a global epidemic (affronter le sida : priorités d'une épidémie mondiale)*. New York : Oxford University Press, 1997a.
- Banque mondiale. *World Development Report 1997 (rapport sur le développement dans le monde 1997)*. New York : Oxford University Press, 1997b.

- Banque mondiale. *World Development Report 1998* (rapport sur le développement dans le monde 1998). New York : Oxford University Press, 1998.
- Banque mondiale. *Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa : Responding to a development crisis* (intensification de l'action pour lutter contre le VIH-sida en Afrique). Région Afrique. Washington, D.C. : Banque mondiale, 1999.
- Banque mondiale. *World Development Indicators* (indicateurs du développement mondial). New York : Oxford University Press, 2000.
- Bastos dos Santos R, Folgosa EMP, Fransén L. Reproductive Tract Infections in Mozambique : A case study of integrated services (infections de l'appareil génital au Mozambique : étude de cas des services intégrés). Dans A. Germain, et al., eds. *Reproductive Tract Infections : Global impact and priorities for women's reproductive health* (infections de l'appareil génital : incidences et priorités mondiales de la santé génésique des femmes). New York : Plenum Press, 1992.
- Bell JC, Rose DN, Sacks HS. Tuberculosis preventive therapy for HIV infected people in sub-Saharan Africa is cost-effective (efficacité par rapport au coût de la thérapie de prévention de la tuberculose chez les personnes séropositives en Afrique subsaharienne). *AIDS* 1999 ; 13 : 1549–56.
- Binswanger H P. Scaling up HIV/AIDS programs to national coverage (amplification des programmes VIH-sida à l'échelle nationale). *Science* 2000 ; 288 : 2173–5.
- Boerma, T, Bennett J. Costs of district AIDS programmes (coûts des programmes de lutte contre le sida à l'échelon des districts). Dans J Ng'weshemi, T Boerma, J Bennett, D Schapink, eds. *HIV Prevention and Aids Care in Africa* 21 : 353–70. Amsterdam : Royal Tropical Institute, 1997.
- Broomberg J, Söderlund N, Mills A. Economic analysis at the global level : A resource requirement model of HIV prevention in developing countries (analyse économique à l'échelon mondial : modèle des besoins en ressources à des fins de prévention du VIH dans les pays en développement). *Health Policy* 1996 ; 38 : 45–65.
- Bureau des statistiques (Tanzanie), Macro International Inc. *Trends in Demographic, Family Planning, and Health Indicators in Tanzania* (évolutions de la planification démographique et familiale et indicateurs de la santé en Tanzanie). Calverton, Md. : Bureau of Statistics and Macro International, Inc., 1997.
- Chela CM avec Msiska R, Sichone M, Mwinga B, Marin A, Yamba CB, Anderson S, Van Pragg E. *Cost and Impact of Home-Based Care for People Living With HIV/AIDS in Zambia* (coût et impact des soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH-sida en Zambie) 1994. Ministère de la Santé, Zambie et Programme mondial sur le SIDA, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
- Colebunders R, Karita E, Taelman H, Mugenyi P. Antiretroviral treatment in Africa (traitement antirétroviral en Afrique). *AIDS* 1997 ; 11 (Suppl. B) : S107–13.
- Costello Daly C, Franco L, Chilongozi DAT, Dallabetta G. A cost comparison of approaches to STD treatment in Malawi (Comparaison des coûts de diverses méthodes de traitement des MST au Malawi). *Health Policy and Planning* 1998 ; 13 (1) : 87–93.
- Cohen J. Is AIDS in Africa a distinct disease? (le sida d'Afrique est-il une maladie distincte?) *Science* 2000 ; 258 : 2153–5.
- Creese A, Parker D, eds. *Cost Analysis in Primary Health Care : A Training Manual for Programme Managers* (analyse des coûts des soins de santé primaires). OMS : Genève, 1994.
- De Jonghe E, Murray CJL, Chum HJ, et al. Cost-effectiveness of chemotherapy for sputum smear-positive pulmonary tuberculosis in Malawi, Mozambique and Tanzania (efficacité par rapport au coût de la chimiothérapie chez les personnes testant positives à la tuberculose pulmonaire au Malawi, au Mozambique et en Tanzanie). *Intl J Health Pln and Mgmt* 1994 ; 9 : 151–81.
- Drayton J. World Bank HIV/AIDS Interventions : Ex-Ante and Ex-Post Evaluation (interventions de la Banque mondiale concernant le VIH-sida : évaluations *ex ante et ex post*). Document de travail No. 389. Banque mondiale. Washington, D.C., 1998

- Drew RS, Makufa C, Foster G. Strategies for providing care and support to children orphaned by AIDS (stratégies de soins et de soutien aux enfants orphelins par suite du SIDA). *AIDS Care* 1998 ; 10 (Suppl.) : S9–15.
- Drug Companies, Senegal agrees to low cost HIV drug pact (compagnies pharmaceutiques, le Sénégal conclut un accord d'approvisionnement en médicaments à un faible coût pour les soins du VIH). *Wall Street Journal* (24 octobre, 2000).
- Floyd K, Gilks C. *Cost and Financing Aspects of Providing Anti-Retroviral Therapy : The implications of anti-retroviral treatments (le coût et le financement de la thérapie antirétrovirale : répercussions des traitements antirétroviraux)*. OMS : Genève, 1997.
- Floyd K, Wilkinson D, Gilks CF. *Community-Based, Directly Observed Therapy for Tuberculosis : An economic analysis* (observation directe, à l'échelon communautaire, de la thérapie de la tuberculose : analyse économique). Capetown : South African Medical Research Council, Corporate Communications Division, 1997.
- Forsythe SS. The affordability of antiretroviral therapy in developing countries : What policymakers need to know (la thérapie antirétrovirale à un coût abordable dans les pays en développement : ce que les dirigeants ont besoin de savoir). *AIDS* 1998 ; 12 (Suppl. 2) : S11–18.
- Foster G, Makufa C, Drew R, Kambeu S, Saurombe K. Supporting children in need through a community-based orphan visiting programme (soutien aux enfants dans le besoin par le biais d'un programme communautaire de visite aux orphelins). *AIDS Care* 1996 ; 8 (4) : 389–403.
- Foster G, Shakespeare R, Chinemana F, Jackson H, Gregson S, Marange C, Mashumba S. Orphan prevalence and extended family care in a Peri-Urban community in Zimbabwe (prévalence chez les orphelins et soins à la famille élargie dans une communauté périurbaine du Zimbabwe). *AIDS Care* 1995 ; 7 (1) : 3–17.
- Foster S. Supply and use of essential drugs in sub-Saharan Africa : Some issues and possible solutions (distribution et utilisation des médicaments essentiels en Afrique subsaharienne : quelques problèmes et solutions possibles). *Social Science and Medicine* 1991 ; 32 (11) : 1201–18.
- Gerbase A. Estimates of curable untreated STIs (estimations sur les MST non traitées guérissables). Données non publiées, 1999.
- Gilks C, Floyd K, Haran D, Kemp J, Squire B, Wilkinson D. *Care and Support for People with HIV/AIDS in Resource-Poor Settings* (soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH-sida dans des conditions aux ressources limitées). Londres : Department for International Development, 1998.
- Gilks CF, Katabira E, De Cock, K. The challenge of providing effective care for HIV/AIDS in Africa (le défi de soigner efficacement le VIH-sida en Afrique). *AIDS* 1997 ; 11 (Suppl.) : S9–106.
- Gilson L, Mkanje R, Grosskurth H, Mosha F, Picard J, Gavyole TJ, Mayaud P, Swai R, Fransen L, Mabey D, Mills A., Hayes R. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania (l'efficacité par rapport au coût de l'amélioration des services de traitement des maladies sexuellement transmissibles en empêchant l'infection par VIH-1 dans la région de Mwanza, Tanzanie). *Lancet* 1997 ; 350 : 1805–9.
- Goodman H, Watts C. *Resource Allocation for HIV Prevention : Report on pilot study in Zambia* (affectation des ressources pour la prévention du VIH : rapport d'étude pilote en Zambie). Rapport pour l'OMS/GPA, 1995.
- Grant AD, Djomand G, De Cock KM. Natural history and spectrum of disease in adults with HIV/AIDS in Africa (histoire naturelle et spectre de la maladie chez les adultes atteints du VIH-sida en Afrique). *AIDS* 1997 ; 11 (Suppl. b) : 43–54.
- Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of STD treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania (impact du traitement amélioré des MST sur l'épidémie de VIH en Tanzanie rurale). *Lancet* 1995 ; 346 : 530–6.
- Groupe de travail sur la transmission d'une mère à son enfant du VIH. Taux de transmission d'une mère à son enfant du VIH-1 en Afrique, en Amérique et en Europe : résultats de 13 études périnatales. *J Acquir Immun Defic Syndr Retroviro* 1995 ; 8 : 506–10.
- Guinness L. Economic analysis of cotrimoxazole prophylaxis in PLHA (analyse économique de la prophylaxie par Cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH-sida). Présentation. Durban, Afrique du Sud, 2000.

- Hansen K, et al. The costs of hospital care at government health facilities in Zimbabwe with special emphasis on HIV/AIDS patients (les coûts des soins hospitaliers dans les établissements de santé publics au Zimbabwe, tout particulièrement pour les patients du VIH-sida). *Health Policy and Planning* 2000 ; 15 (4).
- Kamali A, et al. The orphan problem : Experience of a sub-Saharan Africa population in the AIDS epidemic (le problème des orphelins : expérience de l'épidémie de sida dans une population de l'Afrique subsaharienne). *AIDS Care* 1996 ; 8 (5) : 509–15.
- Kerkhoven R, Jackson H. *Community Care : Not just in the home (soins communautaires : pas simplement à la maison)*. Harare, Zimbabwe : SAfAIDS, 1997.
- Kigadye RM, Klokke A, Nicoll A, Nyamuryekung'e KM, Borgdorff M, Barongo L, Laukamm-Josten U, Lisekie F, Grosskurth H, Kigadye F. Sentinel surveillance for HIV-1 among pregnant women in a developing country : Three years' experience and comparison with a population serosurvey (surveillance par des postes sentinelles du VIH-1 chez les femmes enceintes dans un pays en développement : trois ans d'expérience et comparaison avec une étude de séropositivité dans la population). *AIDS* 1997 ; 7 (6) : 849–55.
- Kritski AL. Tuberculosis preventive therapy for HIV-infected persons in less developed countries (traitement préventif de la tuberculose chez les personnes séropositives dans les pays moins avancés). *Int Journal Tuberc Lung Dis* 2000 ; 4 (2) : S76–81.
- Kumaranayake L, Mangtani P, Boupda-Kuate A, Foumena Abada J C, Cheta C, Njournemi Z, Watts C. Cost-effectiveness of a HIV/AIDS peer education programme among commercial sex workers : Results from Cameroon (efficacité par rapport au coût d'un programme de sensibilisation collective chez des travailleurs du sexe : résultats du Cameroun). Présentation à la XIIe Conférence Mondiale sur le SIDA. Genève, 28 juin — 3 juillet 1998.
- Kumaranayake L, Pepperall J, Goodman H, Mills A, Walker D. Costing guidelines for HIV/AIDS prevention strategies (principes de calcul des coûts des stratégies de prévention du VIH-sida). ONUSIDA, *Best Practice Collection—Key Materials*, 2000 ([http : //www.unaids.org/Revised/cube_frame.html](http://www.unaids.org/Revised/cube_frame.html)).
- Kumaranayake L, Watts C. Scaling-up priority health programmes : A problem of constrained optimisation (amplification des programmes prioritaires en matière de santé : un problème d'optimisation limitée). LSHTM, 2000a.
- Kumaranayake L, Watts C. Economic costs of HIV/AIDS prevention activities in sub-Saharan Africa (les coûts économiques des activités de prévention du VIH-sida en Afrique subsaharienne). *AIDS* 2000b ; 14 (Suppl. 3) : S239–52.
- Kumaranayake L, Watts C, Vickerman P, et al. Cost-effectiveness of a school education program for HIV prevention : Results from Cameroon (l'efficacité par rapport au coût d'un programme d'éducation scolaire sur la prévention du VIH : résultats du Cameroun). XIe Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, Lusaka (abrégé 13DT2-2), septembre 1999.
- Lim JY, Chew BW, Phua, KH. An economic analysis of AIDS — towards a proposed model of costing : A Singapore experience (analyse économique du sida — pour une proposition de modèle de calcul des coûts : expérience de Singapour. *Asia-Pacific J Pub Health* 1994 ; 7 (3) : 143–50.
- Mangtani P. Epidemiological and behavioral analysis of a peer education intervention among commercial sex workers and their clients : Field-report from Cameroon (analyse épidémiologique et comportementale d'une intervention de sensibilisation mutuelle des travailleurs du sexe et de leurs clients : rapport de mission au Cameroun). Rapport rédigé pour ONUSIDA/GPA, 1996.
- Marseille E, Kahn JG, Mmiro F, Guay L, Musoke P, Fowler MG, Jackson JB. Cost-effectiveness of single-dose Nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa (efficacité par rapport au coût d'une seule dose de traitement par Nevirapine pour les mères et nouveau-nés afin de réduire la transmission verticale du VIH-1 en Afrique subsaharienne). *Lancet* 1999 ; 354 : 803–9.
- Marseille E, Kahn, JG, Saba, J. Cost-effectiveness of antiviral drug therapy to reduce mother-to-child HIV transmission in sub-Saharan Africa (efficacité par rapport au coût de traitements antiviraux pour réduire la transmission d'une mère à son enfant du virus VIH en Afrique subsaharienne). *AIDS* 1998 ; 12 (8) : 939-48.

- Masobe P, Lee T, Price M. Isoniazid prophylactic therapy for tuberculosis in HIV-seropositive patients — a least cost analysis (traitement prophylactique par Isoniazide de la tuberculose chez les patients séropositifs au VIH). *South African Med J* 1995 ; 85 (2) : 75–81.
- Mayaud P, Grosskurth H, Dhangalucha J, Todd J, West B, Gabone R, Senkoro K, Rusizoka M, Alga M, Hayes R, Mabey D. Risk assessment and other screening options for gonorrhoea and chlamydial infections in women attending rural Tanzanian antenatal clinics (évaluation du risque et autres options de dépistage de la gonorrhée et infections à chlamydia chez les femmes se faisant soigner dans des établissements de soins prénatals en Tanzanie rurale). *Bulletin of the World Health Organization* 1995 ; 73 (5) : 621–630.
- Ministère de la Santé, Tanzanie. Strategic framework for the third medium term plan (MTP-III) for prevention and control of HIV/AIDS/STDs 1998–2002 (cadre stratégique du troisième plan à moyen terme (MTP-III) pour la prévention et la lutte contre le VIH-sida et les MST). République unie de Tanzanie, Programme national pour la lutte contre le sida, 1995.
- Munguti K, Grosskurth H, Newell J, Senkoro K, Mosah F, Todd J, Mayaud P, Gavyole A, Quigley M, Hayes R. Patterns of sexual behavior in a rural population in North Western Tanzania (modes de comportement sexuel dans une population rurale du nord-ouest de la Tanzanie). *Soc Sci and Med* 1997 ; 44 (10) : 1553–61.
- O'Brien RJ, Perriens JH. Preventive therapy for tuberculosis in HIV infection : The promise and the reality (traitement préventif de la tuberculose chez les personnes séropositives : espoir et réalité). *AIDS* 1995 ; 9 : 665–73.
- ONUSIDA. *HIV-Related Opportunistic Diseases : UNAIDS Technical Update (maladies opportunistes associées au VIH : mise à jour technique de l'ONUSIDA)*. Genève : ONUSIDA, 1998a.
- ONUSIDA. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic (rapport sur l'épidémie mondiale de VIH-sida)*. Genève : ONUSIDA/OMS, 1998b.
- ONUSIDA. *AIDS Epidemic Update : December 1999 (mise à jour sur l'épidémie de sida : décembre 1999)*. Genève : ONUSIDA/OMS, 1999a.
- ONUSIDA. *Prevention of HIV Transmission from Mother to Child : Strategic Options (prévention de la transmission d'une mère à son enfant du VIH. Options stratégiques)*. Genève : ONUSIDA, 1999b.
- ONUSIDA. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic (rapport sur l'épidémie mondiale de VIH-sida)*. Genève : ONUSIDA, 2000a.
- ONUSIDA. UNAIDS/WHO hail consensus on use of cotrimoxazole for prevention of HIV-related infections in Africa (consensus unanime sur l'emploi de Cotrimoxazole pour prévenir les infections associées au VIH). Communiqué de presse de l'ONUSIDA, 2000b. ([http : www.unaids.org/whatsnew/press/eng/geneva050400.html](http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/geneva050400.html)).
- Organisation mondiale de la Santé. AIDS : Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease (le sida : proposition intérimaire pour un système de définition du stade d'évolution de l'infection par VIH). *Weekly Epidemiological Record* 1990 ; 65 : 221–8.
- Organisation mondiale de la Santé. *Reproductive Health (santé génésique)*. WHO/RHT/MSM/96.28. Genève : OMS, 1996.
- Organisation mondiale de la Santé. Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV (déclaration stratégique sur les traitements préventifs de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH). WHO/TB/98.255 ; ONUSIDA 98.34. Genève : OMS, 1998.
- Organisation mondiale de la Santé. *The World Health Report 2000 : Investing in health systems (investir dans les systèmes de soins)*. Genève : OMS, 2000a.
- Organisation mondiale de la Santé. *Blood Safety for Too Few (protection sanguine trop insuffisante)*. Communiqué de presse. OMS/25 7 avril 2000 ([http : //who.www.who.int](http://who.www.who.int)), 2000b.
- Osborne CM, van Praag E, Jackson H. Models of care for patients with HIV/AIDS (modèles de soins des patients avec le VIH-sida). *AIDS* 1997 ; 11 (Suppl.) : S135–42.
- Over M. The effect of scale on cost projections for a primary health care program in a developing country (l'effet d'échelle sur les prévisions de coûts d'un programme de soins de santé primaires dans un pays en développement). *Social Science and Medicine* 1986 ; 22 (3) : 351–60.

- Over M. Coping with the impact of AIDS (affronter l'impact du SIDA). *Finance and Development* mars 1998 ; 22–24.
- Over M. The public interest in a private disease : An economic perspective on the government role in STD and HIV control (l'intérêt public à l'égard d'une maladie privée : perspective économique du rôle du gouvernement dans le lutte contre les MST et du VIH). Dans KK Holmes, PF Sparling, P-A Mardh, SM Lemon, WE Stamm, P Piot, JN Wasserheit, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. New York : McGraw Hill, 1999.
- Panos Institute. *Beyond Our Means? The cost of treating HIV/AIDS in the developing world (au-delà de nos moyens ? Le coût du traitement du VIH-sida dans le monde en développement)*. Londres : Panos Institute, 2000.
- Pazvakavambwa B. Estimates of supply needs to support PMTCT 1999-2008 : Assumptions (estimations des besoins d'approvisionnement pour prévenir la transmission périnatale mère-enfant pour la période 1999-2008 : hypothèses). Avant-projet (1999).
- PNUD. *Human Development Report 1995 (rapport de 1995 sur la valorisation humaine)*. New York : Oxford University Press, 1996.
- PNUD. *Human Development Report 1996 (rapport de 1996 sur la valorisation humaine)*. New York : Oxford University Press, 1997.
- PNUD. *Human Development Report 1998 (rapport de 1998 sur la valorisation humaine)*. New York : Oxford University Press, 1998.
- PNUD. *Human Development Report 1999 (rapport de 1999 sur la valorisation humaine)*. New York : Oxford University Press, 1999.
- Rowley JT, Anderson RM. Modeling the impact and cost-effectiveness of HIV prevention efforts (modélisation de l'impact et du rapport coût-efficacité des efforts pour prévenir le VIH). *AIDS* 1994 ; 8 (4) : 539-48.
- Scitovsky AA, Over M. AIDS : Costs of care in the developed and the developing world (coûts des soins dans les pays développés et les pays en développement). *AIDS* 1988 ; 2 (Suppl. 1) : S71–81.
- Smith JB, Lewis J. The female condom (le préservatif féminin). *IPPF Medical Bulletin* 1998 ; 32 (3) : 1–2.
- Söderlund N, Broomberg J, Lavis J, Mills A. The costs of HIV/AIDS prevention strategies in developing countries (les coûts des stratégies de prévention du VIH-sida dans les pays en développement). *WHO Bulletin* 1993 ; 71(5) : 595–604.
- Soderlund N, Zwi K, Kinghorn A, Gray G. Prevention of vertical transmission of HIV : Analysis of cost effectiveness of options available in South Africa (prévention de la transmission verticale du VIH : analyse coût-efficacité des options disponibles en Afrique du Sud). *BMJ* 1999 ; 318 : 1650.
- Stallworthy G, Meekers D. An analysis of unit costs in selected condom social marketing programs (analyse des coûts unitaires dans quelques exemples de programmes pour la commercialisation sociale des préservatifs), 1990–1996. Présentation à la XII^e Conférence mondiale sur le SIDA, Genève, 28 juin — 3 juillet 1998.
- Stover J. Les avantages escomptés pour la survie juvénile des programmes visant à réduire la transmission d'une mère à son enfant du virus VIH. Rapport présenté à la conférence annuelle de la Population Association of America, 1999.
- Stover J, Bollinger L. *The Economic Impact of AIDS in Africa (l'impact économique du sida en Afrique)*. Glastonbury, Conn. : The Futures Group International, 1999.
- Strathdee SA, van Ameijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov D. Can HIV epidemics among injections drug users be prevented? (l'épidémie de VIH peut-elle être évitée chez les consommateurs de drogues injectables ?) *AIDS* 1988 ; 12 (Suppl. A) : S71–9.
- Sweat M, Sangiwa G, Balmer D. HIV counseling and testing in Tanzania and Kenya is cost-effective : Results from the voluntary HIV counseling and testing study (efficacité par rapport au coût du conseil et dépistage du VIH en Tanzanie et au Kenya : résultats d'une étude sur le conseil et dépistage volontaire du VIH). *Int Conf Aids* 1998 ; 12 : 648 (abrégé 580/33277).
- UNICEF. *The Progress of Nations (le progrès des nations)*. New York : UNICEF, 1999.
- van de Perre P, Diakhate L, Watson-Williams J. Prevention of blood-borne transmission of HIV (prévention de la transmission sanguine du VIH). *AIDS* 1997 ; 11(Suppl.) : S89–98.

- Van der Veen FH, Ndoye I, Guindo S, Deschamphelleire I, Fransen L. Management of STDs and cost of treatment in primary health care centres in Pikine, Senegal (gestion thérapeutique des MST et coût du traitement dans les centres de soins de santé primaires de Pikine, Sénégal). *International Journal of STDs and AIDS* 1994 ; 5 (4) : 262–7.
- Watts C. Capture-Recapture as a tool for the evaluation of interventions focused on sex workers and their clients (capture et recapture, outil d'évaluation des interventions s'adressant aux travailleurs du sexe et leurs clients). Thèse de doctorat, School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres. Non publiée (1999).
- Watts C, Kumaranayake L. Developing cost-effectiveness tools for decision makers in sub-Saharan Africa : Progress and challenges (l'élaboration d'outils d'évaluation coût-efficacité pour les autorités responsables en Afrique subsaharienne : progrès et défis). Avant-projet (1999a).
- Watts C, Kumaranayake L. Thinking big : Scaling-up HIV-1 interventions in Sub-Saharan Africa (projet ambitieux : amplification des interventions de lutte contre le VIH-1 en Afrique subsaharienne). *Lancet* 1994b ; 354 : 1492.
- Whiteside A, Stover J. The demographic and economic impact of AIDS in Africa (l'impact économique et démographique du sida en Afrique). *AIDS* 1997 ; 11 (Suppl. B) : S55–62.
- Wilkinson D, Floyd K, Gilks CE. Antiretroviral drugs as a public health intervention for pregnant HIV-infected women in rural South Africa : An issue of cost-effectiveness and capacity (les antirétroviraux en tant qu'intervention de santé publique pour les femmes enceintes infectées par le VIH en milieu rural sud-africain : coût-efficacité et capacité). *AIDS* 1998 ; 12 : 1675–82.
- Wilkinson D, Wilkinson N, Lombard C, Martin D, Smith A, Floyd K, Ballard R. On-site HIV testing in resource-poor settings : Is one rapid test enough? (le dépistage local du VIH dans des conditions aux ressources limitées : est-ce qu'un seul test de dépistage rapide suffit ? *AIDS* 1997 ; 11 : 377–81.

Module 7

Gestion de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales

Éléments d'une intervention intégrée et à grande échelle



Aperçu

- Quels sont les médicaments et des fournitures médicales nécessaires ?
- D'où proviendront-ils ?
- Comment seront-ils financés ?
- Comment seront-ils distribués et administrés ?

Un élément indispensable à prendre en considération, dans la planification d'une EA, en particulier dans le cadre de programmes d'intervention qui comportent soins et traitements, est d'assurer l'approvisionnement suffisant et régulier en médicaments essentiels et en des fournitures médicales.

Le module 7, gestion de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales :

- Présente dans les grandes lignes une démarche de gestion des médicaments et des fournitures médicales dans le contexte d'une IIGE
- Décrit le cycle de gestion de l'approvisionnement en médicaments et des fournitures médicales
- Examine comment définir et élaborer une démarche de gestion de l'approvisionnement en médicaments et des fournitures médicales
- Enumère les questions d'exécution primordiales pour la gestion de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales dans le cadre d'une IIGE, qui se posent aux planificateurs et directeurs de programmes
- Fournit des références et ressources à titre de lecture complémentaire

Définition d'une démarche de gestion des médicaments et des fournitures médicales dans le cadre d'une IIGE

Il est important de définir clairement les buts de l'IIGE avant d'élaborer une démarche de gestion des médicaments et des fournitures médicales si l'on veut que cette démarche soutienne convenablement l'exécution de l'IIGE. Les buts de l'IIGE peuvent être :

- De s'amplifier pour fournir les mêmes services à un plus grand nombre de personnes
- De s'amplifier pour fournir de nouveaux services aux mêmes personnes
- De s'amplifier pour fournir de nouveaux services à de nouvelles populations cibles
- D'améliorer la qualité des services fournis

La collaboration entre les gouvernements, les ONG, le secteur privé et les bailleurs de fonds internationaux peut se révéler efficace pour résoudre les obstacles des programmes de soins et de prévention du VIH-sida dans les pays en développement à se procurer les médicaments essentiels et les fournitures médicales. Comme l'expérience l'a montré, cependant, la transparence est nécessaire — tant à l'échelon du déroulement que des détails de l'initiative — pour éviter les conflits et les confrontations, en particulier en ce qui concerne la réduction des prix des médicaments. En outre, il est capital que les partenaires et collaborateurs aient des rôles et responsabilités bien définis et établis d'un commun accord.

Il convient de noter que les principes généraux décrits dans ce module s'appliquent aux médicaments et à tous les articles cités plus bas. L'ensemble du module accorde un intérêt particulier aux questions associées au soutien des services de laboratoire dans le cadre de l'IIGE. Le soutien des services de laboratoire couvre un large éventail de tests pour éviter la transmission du VIH et assurer la surveillance, le diagnostic et la gestion thérapeutique des infections. Ces services de laboratoire sont habituellement intégrés aux laboratoires de banque de sang, cliniques, de référence ou de santé publique et ne sont pas gérés verticalement. Mais avec les contributions et appuis importants des bailleurs de fonds à la lutte contre le VIH, les tests de dépistage du virus ont parfois été séparés des autres activités de laboratoire à des fins de consolidation et sont gérés en dehors des systèmes de gestion de laboratoire existants ou parallèlement à ces systèmes.

Définition des médicaments essentiels, des médicaments associés au VIH-sida, des fournitures médicales et du matériel de laboratoire dans le cadre d'une IIGE

Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins de soins de santé de la majorité de la population à un prix abordable tant pour la personne concernée que pour la communauté. Ces médicaments devraient être disponibles tout le temps, en quantités suffisantes et sous les formes posologiques appropriées.

Les médicaments associés au traitement du VIH-sida comprennent :

- Les médicaments pour empêcher les infections opportunistes

- Les médicaments pour les soins palliatifs et le traitement des symptômes
- Le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) pour réduire la transmission du VIH
- Les médicaments pour traiter les infections opportunistes
- Les médicaments pour traiter les cancers associés au VIH
- Les antirétroviraux (ARV) pour empêcher la transmission d'une mère à son enfant
- Les ARV pour la prophylaxie des infections causées par des injections
- Les ARV pour le traitement des cas cliniques de SIDA
- Les ARV pour les malades du sida afin d'empêcher ou de freiner la progression du SIDA

Les articles associés au VIH comprennent :

- Les préservatifs
- Les trousse de dépistage du VIH
- Les autres trousse d'analyse diagnostique, tels que les trousse de diagnostic des MST et des infections opportunistes
- Les réactifs
- Les gants
- L'eau de javel et autres désinfectants
- L'équipement et les fournitures de laboratoire
- L'équipement et les fournitures médicales, comme les aiguilles et seringues
- Les poubelles pour objets tranchants

L'équipement de laboratoire se compose d'outils et de machines, manuels et automatiques, qui servent à effectuer des analyses de laboratoire.

Cet équipement comprend :

- Les microscopes
- Les auto-analyseurs, tels que les lecteurs de dosages immunoenzymatiques (ELISA)
- Les pipettes de précision
- Les centrifuges
- Les incubateurs
- Les réfrigérateurs
- Les congélateurs

Certains de ces articles d'équipement technique de laboratoire exigent l'utilisation de marques commerciales spécifiques de réactifs et trousse d'analyse. Tout l'équipement a besoin d'être

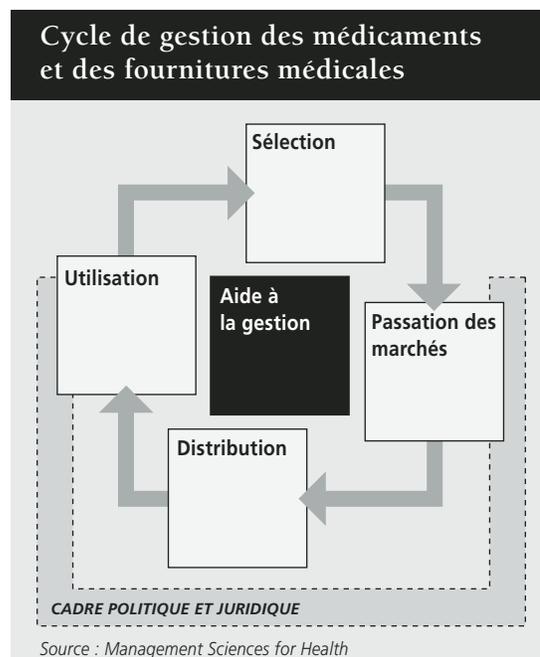
entretenu et réparé à des fins préventives par un personnel spécialisé.

Le cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales

Le cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales se compose de six éléments principaux :

- Les systèmes d'aide à la gestion
- La sélection
- La passation des marchés
- La distribution
- L'utilisation
- Le cadre politique et juridique

Le schéma de ce cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales est présenté ci-dessous.



Les quatre fonctions de base du cycle sont la sélection, la passation des marchés, la distribution et l'utilisation. Au centre se situent les systèmes d'aide à la gestion — organisation, financement et viabilité, gestion de l'information et gestion des ressources humaines — qui assurent la cohésion du cycle. L'ensemble du cycle s'inscrit dans un cadre politique et juridique qui définit et soutient le système,

permettant ainsi de disposer et de faire usage des médicaments essentiels et des fournitures médicales.

Pour chaque volet du cycle, les planificateurs ont besoin de dégager les grandes lignes des questions à prendre en considération. La pertinence de chaque question variera en fonction de nombreux facteurs, notamment le contexte local, l'ampleur de la décentralisation du système de gestion des médicaments et des fournitures médicales, la prestation des services par le secteur public ou privé et la capacité existante du système de gestion des médicaments et des fournitures médicales. Le cycle peut être appliqué au secteur public et au secteur privé ou à une combinaison des deux, et peut aussi être adapté à des systèmes centralisés et décentralisés. Certaines activités, comme les appels d'offres, les achats groupés et l'assurance de la qualité, peuvent être accomplies de manière plus efficace aux niveaux centralisés. Des descriptions plus en détail des six volets du cycle sont présentées ci-après.

Volet 1 du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales :

Systèmes d'aide à la gestion

La gestion du système d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales pour une IIGE est considérablement plus complexe que pour la gestion d'approvisionnements réguliers. Les systèmes d'aide à la gestion doivent être flexibles étant donné que l'expansion peut se produire plus rapidement ou plus lentement que prévu. La quantification des programmes de lutte contre le VIH-sida peut aussi être complexe. Afin d'assurer que la gestion et l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales correspondent bien aux besoins de l'IIGE, il est important de :

- Inclure le personnel de gestion des médicaments et des fournitures médicales au processus de planification de l'IIGE.
- Tenir le personnel de gestion des médicaments et des fournitures médicales informé des changements apportés au calendrier et aux buts de l'IIGE et de réduire au minimum les pénuries et le gaspillage.
- Mettre l'accent sur des activités de programme de base afin de pouvoir les décupler lorsque la capacité d'exécution est limitée.

Les directeurs de programmes peuvent envisager d'intégrer les approvisionnements en médicaments et fournitures médicales des programmes de lutte

contre le VIH-sida à un système existant ou d'établir un ou plusieurs systèmes verticaux dans lesquels les étapes du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales sont conduites séparément pour chacun des programmes. L'intégration aux systèmes d'approvisionnement a pour avantage de réduire le double emploi du personnel et des activités. Des difficultés peuvent surgir si les bailleurs qui contribuent au financement du système exigent des pratiques comptables spécifiques pour leurs produits, comportant des conditions préalables, des procédures et des calendriers différents. D'un autre côté, les systèmes verticaux peuvent être coûteux à installer et il peut se révéler que les systèmes qui sont largement subventionnés par les bailleurs ne sont pas soutenables sur le plan financier et sont difficiles à administrer. Mais lorsque des systèmes verticaux efficaces sont déjà en place, il n'est pas recommandé de les remplacer par un système intégré tant que le nouveau système n'est pas fonctionnel, en particulier pour les médicaments dont les pénuries exercent des effets marqués, comme les thérapies de prévention de la tuberculose et les ARV.

Les aspects primordiaux des systèmes d'aide à la gestion — financement et viabilité, gestion de l'information sur les médicaments et fournitures médicales et gestion des ressources humaines — sont décrits ci-dessous. Un examen des questions spécifiques qui se posent à la gestion des laboratoires est également présenté.

Financement et viabilité. Il est indispensable de repérer des sources fiables pour le financement à long terme des médicaments et des fournitures médicales, y compris les produits de laboratoire, pendant la planification de l'IIGE — en particulier en ce qui concerne médicaments contre la tuberculose et des ARV. L'élaboration d'une stratégie de financement des médicaments et des fournitures médicales doit être une haute priorité et elle doit prévoir un plan de défense des intérêts visant à rallier un soutien à l'IIGE. La stratégie de financement peut aussi comporter des efforts pour faire un meilleur emploi des fonds existants en relevant l'efficacité du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales (sélection, passation de marchés, distribution et utilisation).

Les options visant à accroître le financement peuvent consister à chercher à obtenir des aides publiques plus importantes, à introduire ou renforcer les droits à payer (recouvrement des coûts), à accroître la couverture par les assurances-maladie

des médicaments et des fournitures médicales et/ou à obtenir l'aide des bailleurs de fonds. Les considérations pratiques concernant le financement et les mécanismes financiers incluant l'obtention de médicaments et des fournitures médicales, leur utilisation judicieuse, l'efficacité des systèmes, l'équité, la viabilité à long terme et les exigences administratives. La viabilité financière exigera normalement une combinaison de mécanismes financiers pour répondre aux besoins d'une intervention intégrée. La planification devra également prendre en considération les prévisions d'inflation et de fluctuation des devises, étant donné que les marchés futurs seront sensiblement affectés par ces facteurs économiques.

Les autres questions de planification à long terme incluent l'augmentation de la demande en services et articles et la réalité que certains médicaments risquent de servir à traiter des maladies qui ne sont pas liées au VIH lorsque les approvisionnements pharmaceutiques des autres programmes sont limités. Par exemple, les antibiotiques fournis pour les programmes de soins des MST servent parfois à traiter d'autres types d'infection.

Lorsque d'importantes quantités de médicaments et fournitures médicales sont achetées et distribuées, la corruption peut devenir un problème sérieux. L'amélioration de la gestion financière et des systèmes de contrôle de la corruption peut se révéler nécessaire pour assurer que les ressources engagées par les gouvernements, les bailleurs et autres partenaires sont gérées en respectant les normes de comptabilité internationales. Certains des mécanismes qui peuvent améliorer la justification de l'utilisation des fonds et la transparence sont la séparation des responsabilités primordiales, l'assurance de la bonne gestion des fonds de trésorerie, le contrôle régulier des procédures financières et la communication publique des rapports d'audit.

Gestion de l'information sur les médicaments et fournitures médicales. Un système de gestion de l'information sur les médicaments et fournitures médicales recueille, communique et utilise des informations pour les prises de décision, notamment sur le suivi de l'utilisation, les prévisions des besoins et la quantification des achats. D'autres fonctions importantes d'un système de gestion de l'information sont notamment l'amélioration de la transparence des comptes et l'établissement d'un contrôle et suivi des opérations pour vérifier les produits qui entrent ou quittent le système d'approvisionnement.

La conception ou la modification du système de gestion de l'information peut reposer sur les besoins des utilisateurs à chaque niveau, en s'appuyant sur les formulaires, les rapports et procédures qui existent. Lorsque les systèmes de gestion de l'information ont besoin d'être renforcés, une stratégie peu coûteuse consiste à commencer par améliorer ce qui existe déjà. La formation et la supervision du personnel pour qu'il remplisse correctement les registres existants et les soumette en temps opportun peuvent considérablement améliorer l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments et des fournitures médicales. A titre d'exemple, on peut notamment citer les données sur l'utilisation et la consommation des médicaments soumises par le personnel régional au service des achats central afin de quantifier les besoins, ainsi que le recours aux dossiers médicaux pour l'examen des ordonnances et l'établissement de prescriptions judicieuses.

Gestion des ressources humaines. La gestion des ressources humaines est un élément extrêmement important des systèmes d'aide à la gestion. L'investissement à long terme dans l'amélioration des capacités du personnel à utiliser efficacement le système de gestion des médicaments et des fournitures médicales contribuera à assurer l'approvisionnement suffisant et régulier de ces médicaments et autres produits fort nécessaires.

Des activités de formation doivent être développées à l'intention du personnel travaillant à des questions médicales, telles que l'établissement de critères de diagnostic, de directives de traitement standard (DTS) et de directives cliniques. Pareillement, le personnel qui travaille aux questions d'approvisionnement, comme la quantification et la gestion des stocks, a besoin d'être formé. Il est indispensable de suivre et d'évaluer les niveaux de compétence du personnel, en particulier au fur et à mesure que le programme s'élargit pour incorporer de nouvelles interventions. Certaines activités, comme la prévision, la quantification et l'achat, peuvent être extrêmement complexes et il importe de faire appel à l'expertise locale disponible. Mais il peut se révéler nécessaire d'obtenir une assistance technique extérieure pour la conduite de ces activités, en particulier lorsque l'on prévoit d'amplifier le programme.

Une IIGE nécessite également la formation préalable et en cours d'emploi du personnel de laboratoire. A la différence de la plupart des analyses

de laboratoire standardisées, le test de dépistage du VIH est réalisé à l'aide de trousse d'analyse produites commercialement, chaque marque nécessitant des procédures spécifiques et une formation propre à son utilisation. La formation est requise chaque fois qu'un nouveau produit est introduit et que des rotations de personnel ont lieu dans le laboratoire de dépistage du VIH. Des besoins de formation devront être envisagés lorsque les directeurs de laboratoire changeront de fournisseurs ou que des bailleurs de fonds imposeront aux pays des marques spécifiques de trousse d'analyse.

L'expérience a montré que la décentralisation pouvait avoir un effet négatif sur les systèmes de gestion des médicaments et des fournitures médicales lorsque la responsabilité de l'exécution des activités était confiée à un personnel local ne possédant pas la formation, le support de gestion ou les ressources financières appropriées. Les planificateurs d'un système décentralisé dans le cadre de l'IIGE doivent reconnaître qu'il peut se révéler ni réaliste ni souhaitable de décentraliser toutes les fonctions de gestion des médicaments et des fournitures médicales, notamment la passation des marchés et l'assurance de la qualité.

Questions relatives à la gestion des laboratoires.

Dans la majorité des pays, les laboratoires sont reliés par un réseau géré à l'échelon national. Le laboratoire national fournit souvent aux laboratoires périphériques des méthodes d'exploitation standard, des directives, des activités de formation, des approvisionnements et s'assure de la qualité de leurs services. Le laboratoire national sert aussi de laboratoire d'aiguillage pour les analyses plus compliquées et moins demandées et de laboratoire de référence pour la confirmation des résultats.

L'IIGE exige de renforcer le réseau et les laboratoires à tous les niveaux afin d'amplifier l'accès aux services de dépistage, de diagnostic et de soutien et d'accroître la gamme des services dispensés. Dans bien des cas, les activités d'analyse sont en train d'être élargies au-delà des capacités traditionnelles des laboratoires. Dans les centres CDV, par exemple, où des résultats rapides sont nécessaires pour le dépistage du VIH, le personnel non laborantin doit être formé et intégré aux programmes nationaux d'assurance de la qualité ainsi qu'à ceux du centre CDV.

Avec une plus grande facilité d'accès aux ARV, il est nécessaire que les cliniciens disposent d'un

nouvel encadrement pour la conduite d'exams, comme les analyses CD4 et les charges virales, qui sont souvent peu disponibles dans les régions pauvres. A l'origine, ces exams ne pouvaient être effectués qu'aux laboratoires de référence, aux hôpitaux d'enseignement ou aux laboratoires associés à des études de recherche. Outre une formation approfondie, des réseaux d'aiguillage doivent être établis pour faciliter le transport des spécimens à analyser. Des chaînes frigorifiques doivent être assurées et les dates de livraison doivent être respectées pendant le transport de spécimens. Les laboratoires nationaux de référence ont également besoin d'établir de nouveaux systèmes de suivi de la résistance aux ARV.

Volet 2 du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales : Sélection

Le volet de sélection du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales couvre :

- L'examen des principaux problèmes et priorités en matière de santé ;
- La reconnaissance des interventions et traitements de choix ;
- La sélection des médicaments et des posologies ;
- La sélection des fournitures médicales requis, y compris les analyses et procédures de laboratoire ; et
- Les prises de décision concernant les médicaments et les fournitures médicales qui seront disponibles et à quels niveaux de service.

Les directeurs de programme devront classer les choix par ordre de priorité pendant le processus de sélection, en particulier si les ressources sont limitées. Le défi consistera à classer ces choix de manière à obtenir le maximum d'effet, en choisissant autant d'activités interdépendantes que possible pour renforcer ces choix. Les directeurs de programmes devront aussi prendre en considération les articles sanitaires importants, tels que les gants, l'eau de javel, les aiguilles et les seringues.

Les directeurs de laboratoire devront prendre en considération de nombreux facteurs pendant le processus de sélection des analyses. Les tests et les algorithmes de dépistage doivent être à la fois sensibles et spécifiques aux populations qui en font l'objet, conditionnés convenablement pour le volume de dépistage escompté ; ils doivent aussi

correspondre à l'échelon de compétence du personnel (afin de réduire les besoins de formation), être compatibles avec l'équipement existant et être constamment disponibles. Il est également important d'assurer des conditions d'entreposage appropriées pour la conduite des types d'analyse sélectionnés. Les tests ELISA, par exemple, sont conditionnés pour de grandes quantités et ne conviennent pas aux endroits où le volume de dépistage est faible ou lorsqu'il est important d'obtenir les résultats immédiatement. Les "tests rapides", puisqu'ils sont conditionnés individuellement, conviennent mieux aux situations qui ont besoin d'obtenir les résultats immédiatement et aux endroits où le volume de dépistage est faible.

Les tests et les algorithmes de dépistage diffèrent, suivant l'usage auquel ils sont destinés. Par exemple, le dépistage nécessite des examens qui sont différents de ceux de la confirmation. Le diagnostic applique aussi des algorithmes ou des séries d'analyse qui sont différents de ceux de la surveillance. Les algorithmes de dépistage et de surveillance doivent être sélectionnés sur la base d'une évaluation minutieuse des populations à soumettre à ces analyses. Cette évaluation devra prendre en considération la sensibilité, la spécificité, les coûts et la logistique du transport des spécimens aux laboratoires de référence pour la confirmation des résultats.

Les stratégies de sélection peuvent varier quand le système d'approvisionnement est limité. Par exemple, un programme peut décider au départ de renforcer ses approvisionnements d'un ensemble de médicaments particuliers, comme ceux qui servent à traiter les infections opportunistes. Ce programme peut prendre cette décision avant d'inclure des médicaments qui nécessitent un plus haut niveau de traitement clinique et sur lesquels la rupture de stock aura de grandes répercussions, comme les ARV.

Des directives de traitement standard nationales et locales devront être élaborées et/ou mises à jour conformément aux méthodes et modèles les plus performants de niveau international. Les directives de traitement standard sont des directives axées sur les soins des maladies qui traduisent un consensus sur les traitements de choix pour un certain éventail de conditions médicales. La priorité devra être accordée aux médicaments figurant sur le codex national des médicaments essentiels et inclus dans les formulaires pharmaceutiques nationaux et locaux. Un formulaire pharmaceutique est une liste de médicaments dont l'emploi est approuvé dans un

cadre de soins de santé spécifique. L'organe national de coordination du sida pourra avoir besoin de travailler avec le comité national de pharmacopée pour mettre à jour le codex et formulaires existants afin de prendre en considération les besoins des programmes de soins et traitement du VIH-sida. Les fournitures médicales doivent figurer sur les listes d'approvisionnements et d'équipements essentiels lorsqu'elles existent.

Les contradictions entre les codex nationaux de médicaments essentiels, des formulaires et des directives de traitement standard — et le manque d'harmonisation consécutif dans les formules des produits — peuvent empêcher l'établissement de marchés groupés pour deux pays ou plus. (Voir les enseignements tirés des programmes d'achats en grandes quantités et groupés de médicaments essentiels à la section Appel d'offres et passation de marché, qui figure plus bas). Une étude récente sur les possibilités d'achats groupés de médicaments contre la tuberculose dans le cadre de la Communauté pour le développement de la région de l'Afrique australe (International Procurement Agency 1999) a conclu que ce manque d'harmonisation était un obstacle à l'établissement d'un système d'achats groupés de médicaments contre la tuberculose dans cette région. Les auteurs de l'étude signalaient que sur 20 formules de produits qui étaient appliquées, cinq seulement étaient partagées par six pays ou plus.

Volet 3 du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales :

Passation de marchés

Le volet du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales sur la passation des marchés couvre :

- La quantification des besoins
- La sélection des méthodes d'achat
- La gestion des appels d'offres
- L'établissement et le suivi des termes du contrat
- L'assurance de la qualité des médicaments et des fournitures médicales

Chaque aspect de la passation des marchés est décrit plus en détail ci-après.

Quantification et gestion des stocks. La quantification des besoins de médicaments et des fournitures médicales pour les programmes de soins et de prévention du VIH-sida est complexe, en particulier lorsqu'on planifie une intervention intégrée.

Les directeurs de programme pourront juger bon de demander une assistance technique extérieure pour mettre en place des mécanismes et méthodes de quantification. Pendant le processus de planification des activités de quantification, les directeurs doivent relever deux défis : 1) prendre en considération la rapidité et l'ampleur de l'intervention intégrée et 2) envisager les changements dont ont besoin les populations prises en charge. Par exemple, une plus grande facilité d'accès aux services de conseil et dépistage volontaire (CDV) pourra entraîner une plus grande demande dans d'autres services, notamment le traitement des infections opportunistes.

Lors de la planification d'un système d'achat centralisé, il est important de d'obtenir des districts et des ONG des informations précises et à jour sur la consommation pour guider efficacement les estimations des besoins de quantification. Les données sur la consommation peuvent aussi servir à suivre l'avancement des travaux de l'IIGE afin que des modifications puissent être apportées aux besoins de quantification et aux réserves stockées pour éviter les ruptures de stock et le gaspillage. Cependant, pour être fiables, les données sur la consommation doivent provenir d'un système dont l'approvisionnement est relativement ininterrompu et la chaîne de distribution complète. Il est important de prendre conscience que les données sur la consommation ne correspondent pas toujours à la prescription et à l'utilisation judicieuses de médicaments et de fournitures médicales et que la dépendance totale vis-à-vis des méthodes de consommation peut perpétuer la prescription et l'utilisation peu judicieuses de ces produits.

La planification de la quantification est un aspect indispensable d'un large éventail de besoins de dépistage. Lorsque les trousse de dépistage du VIH sont insuffisantes, elles servent souvent à des emplois autres que ceux auxquels elles sont destinées, laissant des institutions d'une importance primordiale — telles que les banques de sang — sans les moyens de procéder à des examens sanguins à des fins de transfusion ou laissant des centres de CDV dans l'incapacité de fonctionner.

Les trousse de dépistage du VIH et autres diagnostics apparentés varient largement en ce qui concerne conditions d'entreposage requises et de la durée de validité et ont donc besoin d'être gérés convenablement pour assurer des analyses de haute qualité et la réduction du gaspillage. Les stocks de trousse d'analyse et de réactifs doivent être utilisés

dans l'ordre dans lequel ils sont reçus pour éviter l'emploi des produits après leur date d'expiration.

Appels d'offres et passation de marchés.

L'expérience a montré qu'il est possible de réaliser des économies considérables en lançant des appels d'offres pour des médicaments essentiels, en particulier sur le marché international et dans les cas d'achats en grandes quantités. La capacité des programmes à passer des marchés est indispensable au bon fonctionnement d'un système d'achat. Les compétences indispensables sont la capacité à identifier des fournisseurs de haute qualité et sérieux, à gérer le processus d'appel d'offres, à négocier des offres internationales et à en assurer la gestion et, enfin, à garantir la qualité des produits. La présélection des fournisseurs de médicaments et de fournitures médicales est particulièrement utile, bien que non indispensable, pour les produits qui sont soumis à des contrôles de qualité particuliers, comme le médicament Rifampin contre la tuberculose, en dosages fixes.

Les enseignements tirés des programmes d'achats en grandes quantités et groupés de médicaments essentiels couvrent notamment les points suivants (Clark et Moore 2000 ; International Procurement Agency) :

- Un système de passation des marchés crédible et transparent — qui garantit le paiement et encourage la concurrence internationale — est particulièrement important dans la collaboration avec les fournisseurs pour obtenir les meilleurs prix. Si l'achat en grandes quantités contribue à la réduction des prix, il ne suffit pas en soi à garantir l'obtention des prix les meilleurs.
- Paiements garantis et réguliers des fournisseurs, permettant ainsi de s'attirer leur confiance.
- Capacité du système de passation des marchés à repérer des fournisseurs, gérer le processus d'appel d'offres, gérer et négocier les contrats et assurer la bonne qualité. Cette capacité est essentielle au fonctionnement avec succès d'un système d'achats groupés. Les achats régionaux peuvent permettre aux pays ayant des systèmes d'approvisionnement limités de bénéficier de l'expérience et des compétences d'autres pays.
- Harmonisation des directives de traitement standard, des formules pharmaceutiques et des besoins de conditionnement, ce qui contribue à la réussite des programmes d'achats groupés. Les obligations d'étiquetage en langues différentes peuvent aussi contribuer à leur complexité.

- La présélection des fournisseurs peut simplifier la gestion des passations de marchés et faciliter le contrôle de la qualité et des services et prix compétitifs.
- Les contrats établis à partir de prévisions, au lieu de garantir des quantités d'achat fixes, afin d'étaler les risques entre les fournisseurs et les acheteurs. Les contrats peuvent prévoir l'entreposage par le fournisseur de quantités de produits pour subvenir à des hausses soudaines des besoins en cas d'urgence.
- Des obligations d'enregistrement et des politiques nationales distinctes permettant aux pays de protéger leur propre base de fournisseurs locaux peuvent entraver l'efficacité de la concurrence internationale.

Les résultats d'une étude de comparaison des prix effectuée par l'UNICEF, l'ONUSIDA, l'OMS/HTP et MSF, qui regroupait des informations de 10 fabricants, donnent un aperçu général des différentes possibilités d'approvisionnement en médicaments relatifs au VIH-sida. L'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et l'ONUSIDA dressent également une liste des fabricants de médicaments et autres fournitures médicales relatifs au VIH-sida ayant répondu aux conditions de présélection. Cette liste sera mise à la disposition des ONG et gouvernements membres, qui pourront inviter les fabricants à répondre à leurs appels d'offres. Au 1er décembre 2000, qui était la date limite de présélection, 34 réponses avaient été reçues (ONUSIDA : Groupe de contact sur l'accès accéléré aux soins du VIH-sida, 2000). Mais les médicaments et les fournitures médicales doivent néanmoins être enregistrés par l'autorité réglementaire de chaque pays.

La passation de marchés pour les laboratoires présente des défis particuliers. La vaste gamme des types de trousse de dépistage du VIH disponibles sur les marchés peut être assortie de problèmes lorsque la sélection est faite uniquement en fonction de la soumission la plus basse ou en fonction d'incitations. Cette situation peut aboutir à l'achat de trousse de dépistage qui réclament la formation complémentaire du personnel, qui sont parfois incompatibles avec l'équipement existant et qui peuvent amoindrir la qualité des examens. Cette situation peut être encore plus problématique lorsque les cycles de passation de marchés sont courts, se traduisant par le changement fréquent des trousse de dépistage. Pour assurer la continuité d'algorithmes de dépistage standard, les pays ont

besoin d'appliquer des critères rigoureux lors de la standardisation des tests de dépistage et la préparation d'appels d'offres.

Assurance de la qualité des médicaments et des fournitures médicales. Il est important d'incorporer des procédures d'assurance de la qualité aux systèmes d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales afin de garantir que chaque produit qui parvient à un particulier ne comporte pas de risque, est efficace et répond aux normes de qualité. Un programme complet d'assurance de la qualité assure que :

- Les médicaments et fournitures médicales sont sélectionnés compte tenu des normes de sécurité et d'efficacité.
- Les fournisseurs se conforment aux normes de qualité acceptables.
- Les médicaments et fournitures médicales répondent à des normes de qualité spécifiques au moment de la livraison.
- La qualité des médicaments et des fournitures médicales n'est pas compromise pendant l'entreposage, le transport ou la distribution.
- Des procédures de rappel des médicaments et des fournitures médicales sont mises en place pour le retrait du marché des produits défectueux.

L'assurance de la qualité est indispensable aux examens de laboratoire et réactifs. Les directeurs de programme doivent élaborer un programme complet d'assurance de la qualité en laboratoire qui couvre le contrôle et l'évaluation de la qualité. Le contrôle de la qualité mesure l'efficacité d'un test de dépistage ou d'un réactif individuel quand il pénètre dans le système d'approvisionnement et chaque fois qu'il est utilisé. Les critères de mesure de la qualité incluent notamment l'évaluation de toutes les nouvelles trousse de dépistage par rapport aux normes et l'incorporation de tous les contrôles positifs et négatifs connus dans chaque lot de tests de dépistage. Le suivi régulier des températures de conservation et des dates d'expiration fait aussi partie du contrôle de la qualité, de même que l'entretien de l'équipement.

Les programmes d'évaluation de la qualité suivent l'ensemble des conditions dans lesquelles le dépistage est effectué, notamment les réactifs pour les tests de dépistage, le rendement des techniciens au travail et l'entreposage. Ces programmes sont habituellement gérés par le laboratoire national de référence ou par des programmes internationaux. Par exemple, un laboratoire national de référence établit

un groupe de spécimens, comprenant des sérums négatifs, faiblement positifs ou fortement positifs, qui sont testés et dont les caractéristiques sont définies en fonction de tous les tests commerciaux utilisés dans le pays. Ce groupe de spécimens est codé et des échantillons sont envoyés périodiquement aux laboratoires pour la conduite de tests à l'insu, les laboratoires utilisant leurs propres réactifs et procédures standard. Les résultats sont analysés par le laboratoire national de référence et utilisés pour détecter et corriger les problèmes liés aux réactifs, à l'entreposage ou à la technique appliquée.

Dons. Les directives de l'OMS concernant les dons de médicaments (révisées en 1999) peuvent aider les directeurs de programme à prendre des décisions en cette matière. Les dons de médicaments en soi ne garantissent pas l'accès à ces médicaments et l'acceptation de dons peut s'accompagner de coûts considérables, notamment :

- Le paiement d'un droit à l'autorité réglementaire nationale pour enregistrer le médicament.
- Le dédouanement du don par le paiement de taxes et de droits de douane.
- L'entreposage et la distribution.
- Le nouvel étiquetage dans la langue locale.
- Les coûts d'établissement et d'exécution d'un programme pour utiliser le don.
- La liquidation des stocks expirés, excédentaires ou non voulus.
- Les coûts d'opportunité de tous les cas mentionnés ci-dessus.

Les dons d'équipement et de trousse de test de dépistage peuvent aussi entraîner des problèmes imprévus. Comme il a été examiné précédemment, la standardisation des tests, des algorithmes et de l'équipement est importante pour assurer la qualité et réduire les coûts de formation et le besoin d'équipement supplémentaire. L'équipement et les trousse de dépistage donnés sont parfois incompatibles avec les systèmes de normes en place, relevant les besoins de formation et d'équipement et compromettant la qualité. Chaque fois que des trousse de dépistage ou autre équipement sont donnés, il convient de vérifier si ces articles sont approuvés par le pays. Il est tout aussi important de s'assurer que le pays peut fournir rapidement des activités de formation, d'entretien, de soutien technique, ainsi que des pièces de rechange.

Volet 4 du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales : Distribution

Le volet 4 du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales sur la passation des marchés couvre :

- Le dédouanement
- La gestion des stocks
- La gestion de l'entreposage
- La livraison aux établissements de santé

Lorsqu'un des buts est l'amélioration de l'accès géographique, la distribution présente aux directeurs de programme des difficultés particulières, et l'atteinte avec succès de ce but repose sur un système de transport efficace. Le coût du transport des médicaments et des fournitures médicales dans des régions reculées peut être considérable. Les options d'amélioration de la distribution peuvent consister à renforcer le système de distribution existant ou à s'adresser à des compagnies privées ou parapubliques qui offrent des options d'entreposage et de distribution économiques, notamment aux niveaux national et régional. L'achat centralisée n'est pas la seule option et certains pays achètent et distribuent les médicaments et fournitures médicales à l'échelle de la région, avec la collaboration des systèmes public et privé.

D'autres difficultés, telles que la non-application des méthodes d'exploitation standard et les pertes excessives en raison de vol, exigent parfois de revoir et de renforcer des procédures administratives et de supervision. Il peut se révéler nécessaire de remplacer du personnel et/ou de fournir des incitations à l'amélioration du rendement au travail. Certains problèmes de transport, comme l'insuffisance de carburant ou de véhicules en état de marche, peuvent être résolus localement en établissant un dépôt de carburant ou en fournissant plus de pièces de rechange. Mais, pour des problèmes plus répandus, la solution peut consister à contracter les services d'organisations privées ou parapubliques. Si cette solution crée plus de travail — notamment l'évaluation des coûts des systèmes existants, la préparation des dossiers d'appel d'offres spécifiant les services requis, l'évaluation des soumissions et le suivi de l'exécution du contrat — la sous-traitance des services peut améliorer l'efficacité.

Les systèmes nationaux varient en ce qui concerne rôles public et privé en matière de financement et de distribution des médicaments et

des fournitures médicales, allant des systèmes entièrement publics aux systèmes entièrement privés. Si les systèmes traditionnels, tels que les magasins médicaux centraux, sont importants, d'autres systèmes de remplacement peuvent aussi contribuer à soutenir une IIGE. Néanmoins, les planificateurs de programme doivent être conscients du fait que les restrictions politiques et juridiques peuvent limiter l'emploi d'autres stratégies (de remplacement). Les systèmes de remplacement comprennent :

- Les agences autonomes ou semi-autonomes d'approvisionnement en fournitures médicales.
- Les systèmes de distribution directe. L'office gouvernemental des passations de marchés lance des appels d'offres pour décider du fournisseur et du prix de chaque médicament. Le fournisseur alimente alors directement les districts et les principaux établissements.
- Le système distributeur principal. L'office gouvernemental des passations de marchés établit un contrat avec un distributeur principal unique pour la gestion de la distribution de médicaments et des fournitures médicales. Des contrats séparés sont établis avec les fournisseurs.
- Approvisionnement entièrement privé, les services étant assurés par des pharmacies privées.
- Les organisations non gouvernementales, telles que des agences d'approvisionnement en médicaments opérées par des missions et des organisations caritatives pour leurs propres services de santé.

Un système sûr d'entreposage et de distribution des médicaments et des fournitures médicales est indispensable à la distribution, en particulier pour les médicaments qui risquent davantage de faire l'objet de fuites comme les ARV. Les démarches possibles pour améliorer au maximum la sécurité peuvent notamment inclure la séparation des fonctions principales du personnel, une plus grande transparence et la conduite régulière de contrôles financiers.

Le système de distribution pour les analyses de laboratoire couvre la distribution des réactifs et des approvisionnements et le transport des spécimens. De nombreux tests ne peuvent pas ou ne devraient pas être effectués à l'échelon périphérique. Ceci nécessite donc que les spécimens ou les patients soient transportés au laboratoire central. En outre, les résultats d'analyse doivent être retournés aux

prestataires de soins de santé sans retard. Il n'est pas nécessaire d'établir des systèmes de distribution séparés ; les systèmes existants devraient être utilisés chaque fois que possible. Une autre considération pour assurer la qualité est la capacité à maintenir les températures de conservation requises pour les réactifs et les spécimens (ce que l'on appelle la "chaîne froide").

Volet 5 du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales : Utilisation

L'accès aux médicaments et fournitures médicales ne suffit pas en soi à assurer l'accès à des soins de qualité. Les médicaments doivent être prescrits et administrés correctement et le personnel, le public et les patients doivent utiliser correctement les médicaments et fournitures médicales. Il est indispensable que le personnel reçoive une formation continue sur le diagnostic, la gestion et le traitement des maladies associées au VIH-sida. Une formation spécialisée du personnel peut se révéler nécessaire pour certaines interventions comme les ARV, ainsi que l'établissement de services de soutien indispensables, comme les laboratoires. La formation doit aussi inclure le secteur privé étant donné que des particuliers peuvent vouloir obtenir des médicaments pour la prévention et le traitement des maladies associées au VIH-sida, en particulier si la stigmatisation ou la confidentialité constitue un problème au sein de la communauté. Les directives de traitement standard, assorties du codex national des médicaments essentiels, peuvent faciliter la standardisation et la rationalisation des modes de prescription et peuvent être appliquées à la formation en cours d'emploi, à la supervision et aux audits médicaux.

L'administration régulière des médicaments est aussi un élément important de l'utilisation des médicaments. Certains malades peuvent avoir besoin d'aide pour l'administration correcte de leur médication. Il peut aussi se révéler nécessaire d'enquêter sur des comportements spécifiques associés à la prise de médicaments. Des difficultés particulières ont été repérées dans le cas des médicaments contre la tuberculose et des ARV. L'apport de conseils, la transmission d'informations au patient et l'application d'une thérapie de courte durée fondée sur l'observation directe (DOTS) pour le contrôle de la tuberculose peuvent être des stratégies fructueuses. Certains pays font intervenir

des groupes de soutien communautaire en leur demandant d'aider les particuliers à prendre correctement leur médication. Des systèmes peuvent aussi être installés ou renforcés pour suivre et signaler les réactions adverses à la médication.

Volet 6 du cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales : Le cadre politique et juridique

Le cadre politique et juridique, l'assise sur laquelle s'appuie le cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales, sert à définir et à soutenir l'engagement des pouvoirs publics à l'égard de l'approvisionnement en médicaments essentiels et en fournitures médicales. Pour identifier tout conflit possible dans le cadre d'une IIGE, il est important de comprendre les politiques et législations pertinentes, notamment la politique nationale sur les médicaments, la législation sur les médicaments et les fournitures médicales et la passation des marchés de fournitures médicales. Les questions primordiales qui se poseront aux directeurs et planificateurs de programmes dans chacun de ces domaines sont décrites ci-après. Une section particulière s'intéresse à la politique nationale sur le dépistage du VIH.

Politique nationale sur les médicaments (PNM)

- Quels sont les buts et priorités fixés dans la politique nationale sur les médicaments ? Cette politique devrait-elle être adaptée de manière à prendre en considération les besoins des programmes VIH-sida ?
- Faut-il élaborer/adapter des codes professionnels pour assurer la confidentialité, pour informer le public et réduire la discrimination à l'égard des PVS à l'échelon des établissements de soins.

Législation et réglementation sur les médicaments et fournitures médicales

- Quelles sont les lois et réglementations qui affectent l'importation, la distribution, la prescription et l'administration des médicaments narcotiques (opiacés) ? Doivent-elles être mises à jour pour répondre aux besoins des soins palliatifs ?
- La marque d'un médicament à acquérir est-elle enregistrée dans le pays pour l'indication et l'utilisation thérapeutiques pour lesquelles ce médicament sera administré ? Par exemple, le médicament Nevirapine est-il enregistré pour la

prévention de la transmission d'une mère à son enfant du VIH ?

- Existe-t-il une procédure de suivi rapide pour l'enregistrement ? L'enregistrement des médicaments et des fournitures médicales peut être une procédure de longue haleine dans certains pays et entraîner des retards dans l'exécution des programmes.

Aspects juridiques de la passation des marchés de médicaments et fournitures médicales

- Le brevet du médicament a-t-il été concédé dans le pays ? A-t-il été concédé dans le pays du vendeur ? Le brevet s'applique-t-il à la substance ou à la méthode de production ?
- Le pays a-t-il assuré la protection des brevets pour les produits pharmaceutiques dans le cadre des aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ? (Voir accord sur les aspects des droits de propriété qui touchent au commerce et protection des brevets pour des explications supplémentaires.) Si l'intervention est oui, une licence obligatoire peut-elle être concédée pour soit légaliser la fabrication locale d'un médicament breveté, soit permettre son importation sous forme générique ?
- L'importation parallèle de produits pharmaceutiques et fournitures médicales est-elle autorisée ? (L'importation parallèle signifie l'importation d'un produit d'un pays pour le revendre dans un autre sans l'autorisation du détenteur du brevet, permettant ainsi à l'acheteur de chercher à obtenir le prix le plus bas sur le marché international.)
- Comment les politiques ou réglementations sur les droits d'importation, les taxes ou droits de douane affectent-elles les possibilités d'acquérir à un prix abordable des médicaments pour soigner le VIH-sida ? Par exemple, les produits pharmaceutiques financés par l'USAID doivent être de provenance et d'origine américaines et approuvés par la FDA (Administration des produits pharmaceutiques et alimentaires), à moins qu'une dérogation de provenance/origine ait été approuvée pour la passation du marché.

Politique nationale pour le dépistage du VIH

- Une politique nationale de dépistage du VIH permettra de standardiser le test de dépistage, d'assurer que les services de laboratoire répondent

Accord sur les aspects des droits de propriété qui touchent au commerce et protection des brevets

L'accord sur les aspects des droits de propriété qui touchent au commerce et la protection des brevets exige que tous les pays membres adaptent leurs lois suivant des normes spécifiques minimums et dans des délais de transition fixés — actuellement 2006 pour les pays moins avancés. Cet accord prévoit des dispositions pour l'obtention d'une prolongation possible de la période de transition.

Cet accord stipule en détail les obligations concernant la protection des droits de brevet, notamment la concession de droits de brevet pour une période d'au moins 20 ans à compter de la date d'application. L'accord prévoit l'octroi de licences obligatoires dans certaines conditions. Une licence obligatoire est une autorisation accordée par une autorité administrative ou judiciaire à un tiers pour faire emploi d'une invention brevetée sans le consentement du détenteur du brevet pour diverses raisons d'intérêt commun, notamment la santé publique. Le détenteur du brevet doit recevoir une "compensation suffisante".

Cet accord ne prévoit pas de loi internationale uniforme et les pays membres de l'OMC peuvent légitimement adopter des réglementations qui assurent un équilibre entre les normes minimums de protection des droits de propriété intellectuelle et le bien public, telle l'autorisation à appliquer le régime des licences obligatoires.

La pratique des licences obligatoires pour les produits pharmaceutiques est complexe et, jusqu'à présent, peu essayée ; elle fait aussi l'objet de controverse étant donné que les compagnies pharmaceutiques internationales prétendent que la violation des droits de propriété affectera les investissements dans la recherche. Mais de nombreux pays envisagent d'utiliser cette disposition pour soit légaliser la fabrication locale de médicaments brevetés, soit permettre leur importation en s'adressant à un fabricant générique afin de rendre les prix des médicaments, comme les antirétroviraux, plus abordables.

aux besoins de l'ensemble du pays en utilisant la technologie appropriée et de garantir la qualité. Les politiques nationales de dépistage du VIH doivent aborder des questions comme les algorithmes de dépistage standardisé pour les analyses sanguines, le diagnostic, la surveillance et la confidentialité.

Par quoi commencer

Le système de gestion des médicaments et des fournitures médicales est dynamique et complexe, mais il est indispensable à la conduite avec succès de l'IIGE. Il est possible d'apporter des améliorations fondamentales à l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments et des fournitures médicales — mais par quoi faut-il commencer ?

L'évaluation du système de gestion actuel des médicaments et des fournitures médicales et l'identification de ses atouts et de ses faiblesses est une première étape importante. Il est utile de considérer le système dans son ensemble pour repérer les domaines à améliorer, notamment les principaux

goulets d'étranglement et les origines de problèmes qui peuvent surgir à différents points du cycle.

Une fois que l'évaluation est conduite, les étapes suivantes consistent à identifier les moyens d'aborder les domaines qui ont besoin d'améliorations et à cibler des domaines spécifiques afin d'exercer la plus grande incidence possible. Le recours au suivi périodique est une bonne méthode pour que les interventions se traduisent par des résultats positifs.

Questions d'exécution primordiales relatives à la gestion de l'approvisionnement des médicaments et des fournitures médicales dans le cadre de l'IIGE

Le tableau qui suit est une liste des questions primordiales que les planificateurs et directeurs de programmes devront prendre en considération lorsqu'ils mettront en œuvre un système de gestion de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales dans le cadre d'une IIGE.

Questions d'exécution primordiales pour la gestion de l'approvisionnement des médicaments et des fournitures médicales dans le cadre d'une IIGE

Cycle de gestion des médicaments et des fournitures médicales

- Votre programme (national, sectoriel ou local) comporte-t-il un plan approfondi de sélection, d'achat, d'entreposage et de distribution des médicaments essentiels et des fournitures médicales dans le cadre de l'intervention contre le VIH-sida — y compris remèdes, préservatifs, équipement et fournitures de laboratoire et matériel didactique ?

Systèmes d'aide à la gestion

- Quels sont les systèmes et indicateurs qui seront utilisés pour suivre la performance du système d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales dans le cadre de l'IIGE ?
- Les systèmes d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales relatifs au VIH-sida seront-ils incorporés au système existant ? Quels sont les avantages et les inconvénients de l'intégration des systèmes d'approvisionnement par rapport à l'installation de systèmes d'approvisionnement verticaux pour vos programmes ?
- Le personnel de programme est-il parfaitement informé des filières et systèmes d'approvisionnement qu'il peut utiliser pour obtenir des médicaments, du matériel de dépistage et des fournitures de laboratoire relatifs au VIH-sida ? Dispose-t-il des aptitudes, des ressources financières et du soutien de gestion ainsi que des informations nécessaires pour que le système fonctionne bien ?
- Comment un financement suffisant et durable sera-t-il assuré pour l'approvisionnement régulier de médicaments et fournitures médicales relatifs au VIH-sida, en particulier pour l'achat d'ARV et de médicaments contre la tuberculose (lorsque l'impact négatif des ruptures de stock est élevé) ? Des systèmes sont-ils en place pour justifier l'emploi des ressources ?
- Le système existant de gestion de l'information concernant les médicaments et les fournitures médicales fournit-il des renseignements précis et opportuns pour les prises de décision, le suivi de l'utilisation, les prévisions et la quantification des besoins ? Quels sont les changements qui doivent être apportés au contrôle et suivi des opérations, en particulier des approvisionnements de médicaments et fournitures médicales dont le risque de vol est élevé ?
- Les médicaments et fournitures médicales relatifs au VIH-sida figurent-ils dans la pharmacopée ou le codex national ou local des médicaments essentiels et fournitures médicales ?
- Quels sont les médicaments et fournitures médicales qui seront nécessaires aux interventions planifiées, y compris aiguilles et seringues, trousse de dépistage du VIH, gants, eau de javel et poubelles pour les aiguilles et seringues utilisées ?
- Le pays dispose-t-il d'un réseau opérationnel de laboratoires pour prodiguer des activités de formation, fournir des approvisionnements et assurer la qualité à tous les niveaux ? Comment ce réseau peut-il être renforcé pour satisfaire aux demandes d'une IIGE ?

Achat et distribution

- Comment les données sur la consommation et les prévisions de besoins seront-elles recueillies à l'échelon des programmes et ensuite transférées à l'échelon central ?
- Le système d'achat est-il efficace pour obtenir des approvisionnements suffisants de produits de haute qualité à des prix compétitifs, tout en réduisant au minimum les pertes d'articles dont la date est expirée ?
- Le système d'appel d'offres est-il transparent et y a-t-il des systèmes en place pour assurer la justification de l'utilisation des fonds et la division des responsabilités, y compris la publication de contrôles financiers annuels ? Des fonds sont-ils disponibles pour assurer le règlement des fournisseurs ?
- Y a-t-il des systèmes en place pour la présélection des fournisseurs afin d'assurer la qualité des médicaments et des fournitures médicales ? Ces systèmes sont-ils suffisants ?

Questions d'exécution primordiales pour la gestion de l'approvisionnement des médicaments et des fournitures médicales dans le cadre d'une IIGE (suite)

- Les dons de médicaments et de fournitures médicales répondent-ils aux critères fixés dans le cadre des directives de l'OMS ? Quels sont les coûts pour le programme résultant de l'acceptation de dons de médicaments/fournitures médicales ?
- Les conditions d'entreposage, de transport et d'administration sont-elles suffisantes pour préserver la qualité des approvisionnements ? Les systèmes sont-ils suffisants pour protéger les médicaments et fournitures médicales ? Existe-t-il une politique sur les pertes en raison de vol et de dégât et est-elle efficace ? Des systèmes particuliers de justification de l'utilisation des fonds devraient-ils être introduits dans le contexte de l'IIGE ? Les fonctions primordiales sont-elles séparées et procède-t-on à des contrôles financiers réguliers ?
- Y a-t-il des systèmes efficaces en place pour suivre et évaluer les coûts de transport et la performance ? Quelles sont les fluctuations de la demande envisagées dans le cadre de l'IIGE ? Quel est le mode de transport utilisé pour chaque lien de la chaîne de distribution ? Quelles sont les options disponibles ?
- Comment les systèmes nationaux d'achat et de distribution de médicaments et de réactifs de laboratoire coopèrent-ils ? Si les systèmes ne coopèrent pas, les domaines de chevauchement peuvent-ils être consolidés afin de rendre les systèmes plus efficaces ?
- Le pays dispose-t-il d'un programme fonctionnel d'assurance de la qualité pour le dépistage du VIH ? Si oui, comment le programme peut-il être renforcé ?

Utilisation judicieuse des médicaments

- Le personnel de programme dispose-t-il des compétences, des services de soutien et d'accès à l'information qui conviennent pour diagnostiquer, gérer la thérapie et traiter les maladies associées au VIH-sida ? Le pays a-t-il établi des directives de traitement standard et sont-elles disponibles à l'échelon local ?
- Existe-t-il des services de soutien et d'information qui conviennent pour aider les clients à prendre des décisions et à suivre leur traitement correctement ? Quels sont les problèmes pertinents liés à l'administration des médicaments dans chaque communauté et quelles sont les différentes démarches qui peuvent être appliquées pour aider les clients de différentes communautés ?

Cadre politique et juridique

- Politique nationale sur les médicaments
- Quels sont les buts et priorités fixés dans la politique nationale ? La politique nationale a-t-elle besoin d'être adaptée pour prendre en considération les besoins des programmes de soins et de prévention du VIH-sida ?
- Est-il nécessaire d'élaborer ou d'adapter des codes professionnels pour assurer la confidentialité, pour informer le public et réduire la discrimination à l'égard des PVS à l'échelon des établissements de soins ?

Législation et réglementation relatives aux médicaments et fournitures médicales

- Quelles sont les lois et réglementations qui affectent et gouvernent l'importation, la distribution, la prescription et l'administration des médicaments narcotiques (opiacés) ? Doivent-elles être mises à jour pour répondre aux besoins de soins palliatifs ?
- La marque d'un médicament à acquérir est-elle enregistrée dans le pays pour l'indication ou l'utilisation thérapeutique pour laquelle ce médicament sera administré ? Par exemple, le médicament Nevirapine est-il enregistré pour la prévention de la transmission d'une mère à son enfant du VIH ?
- Existe-t-il une procédure de suivi rapide pour l'enregistrement ? L'enregistrement des médicaments et des fournitures médicales peut être une procédure de longue haleine dans certains pays et entraîner des retards dans l'exécution des programmes.
- Aspects juridiques de l'achat de médicaments et fournitures médicales.
- Le médicament est-il breveté dans le pays ? Le médicament est-il breveté dans le pays du vendeur ? Le brevet s'applique-t-il à la substance ou à la méthode de production ?

Questions d'exécution primordiales pour la gestion de l'approvisionnement des médicaments et des fournitures médicales dans le cadre d'une IIGÉ (suite)

- Le pays a-t-il assuré directement la protection des brevets pour les produits pharmaceutiques dans le cadre de l'accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ? Si oui, une licence obligatoire peut-elle être concédée pour soit légaliser la fabrication locale d'un médicament breveté, soit permettre son importation sous forme générique ?
- L'importation parallèle de produits pharmaceutiques et fournitures médicales est-elle autorisée ?
- Comment les politiques ou réglementations sur les droits d'importation, les taxes ou droits de douane affectent-elles les possibilités d'acquérir des médicaments pour soigner le VIH-sida à un prix abordable ?
- Comment les politiques et réglementations des pays de l'aide bilatérale affectent-elles le financement des produits pharmaceutiques ?
- Le pays dispose-t-il d'une politique nationale sur le dépistage du VIH ?

Liste de lectures complémentaires

Pour une vue d'ensemble complète sur la gestion des systèmes d'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales, y compris les démarches successives de la gestion efficace des systèmes pharmaceutiques :

Management Sciences for Health et Organisation Mondiale de la Santé. *Managing Drug Supply (gestion de l'approvisionnement en médicaments)*. 2^e éd., revue et intégrée. West Hartford, Conn. : Kumarian Press, 1997. ISBN : 1-56549-047-9. (Disponible à prix réduit pour les pays en développement ; www.kpbooks.com)

Pour des informations sur les enseignements tirés des programmes d'achats groupés/en grandes quantités de médicaments essentiels :

Clark M, Moore T. *WHO STOP TB : A Discussion Document on Supply Chain and Procurement Management for a Global Drug Facility (document de travail sur la gestion des achats et chaîne de distribution pour un système mondial d'approvisionnement en médicaments)*. Arlington, Va. : Management Sciences for Health (pour l'OMS), 2000.

International Procurement Agency. *A Bulk Purchasing Study on the Procurement of Anti-TB Drugs Amongst 11 SADC Countries (étude d'achat en grandes quantités pour l'achat de médicaments contre la tuberculose parmi les 11 pays de la Communauté pour le développement de l'Afrique australe)*. Rapport rédigé pour le Secrétariat de la Communauté pour le développement de l'Afrique australe. Irene, Afrique du Sud, 1999. Guide. Boston : Management Sciences for Health, 1999. (Mis à jour chaque année ; disponible en anglais, français et espagnol : www.msh.org.)

Pour des considérations sur l'utilisation des antirétroviraux :

ONUSIDA/OMS. *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments (modules d'orientation sur les traitements antirétroviraux)*. Genève : ONUSIDA/OMS, 1998. (Disponible sur Internet : www.who.int/HIV_AIDS/antiretroviral_modules/indexar.htm.)

ONUSIDA/OMS. *Safe And Effective Use of Antiretrovirals in Adults with Particular Reference to Resource Limited Settings (utilisation efficace et sans danger des antirétroviraux chez les adultes, tout particulièrement ceux vivant dans des conditions aux ressources limitées)*. Genève : ONUSIDA/OMS, 2000. (Disponible sur Internet : www.who.int/HIV_AIDS/WHO_HIS_2000.04_1.04/index.htm.)

Pour plus d'informations sur l'Accord relatif aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et licences obligatoires :

Correa C. *Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries* (l'intégration des préoccupations de santé publique dans la législation des brevets dans les pays en développement). Genève : South Center, Genève, 2000. (Disponible sur [http : //www.southcentre.org/publications/publichealth/toc.htm](http://www.southcentre.org/publications/publichealth/toc.htm).)

OMS. Mondialisation, aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et accès aux produits pharmaceutiques. *WHO Policy Perspectives on Medicines* No. 3. Genève : OMS, 2001. (Disponible sur internet : www.who.int/medicines/library/edm_general/6pagere/PPM03%20ENG.pdf.)

Pour plus d'informations sur le dépistage du VIH :

Blood Safety and HIV. UNAIDS Technical Update (protection sanguine et VIH, mise à jour technique de l'ONUSIDA), *UNAIDS Best Practice Collection*. Genève : ONUSIDA, 1997.

ONUSIDA. *Guidelines for Using HIV Testing Technologies in Surveillance : Selection, Evaluation and Implementation* (directives d'utilisation des technologies de surveillance pour le dépistage du VIH : sélection, évaluation et exécution). Genève : ONUSIDA, 2001.

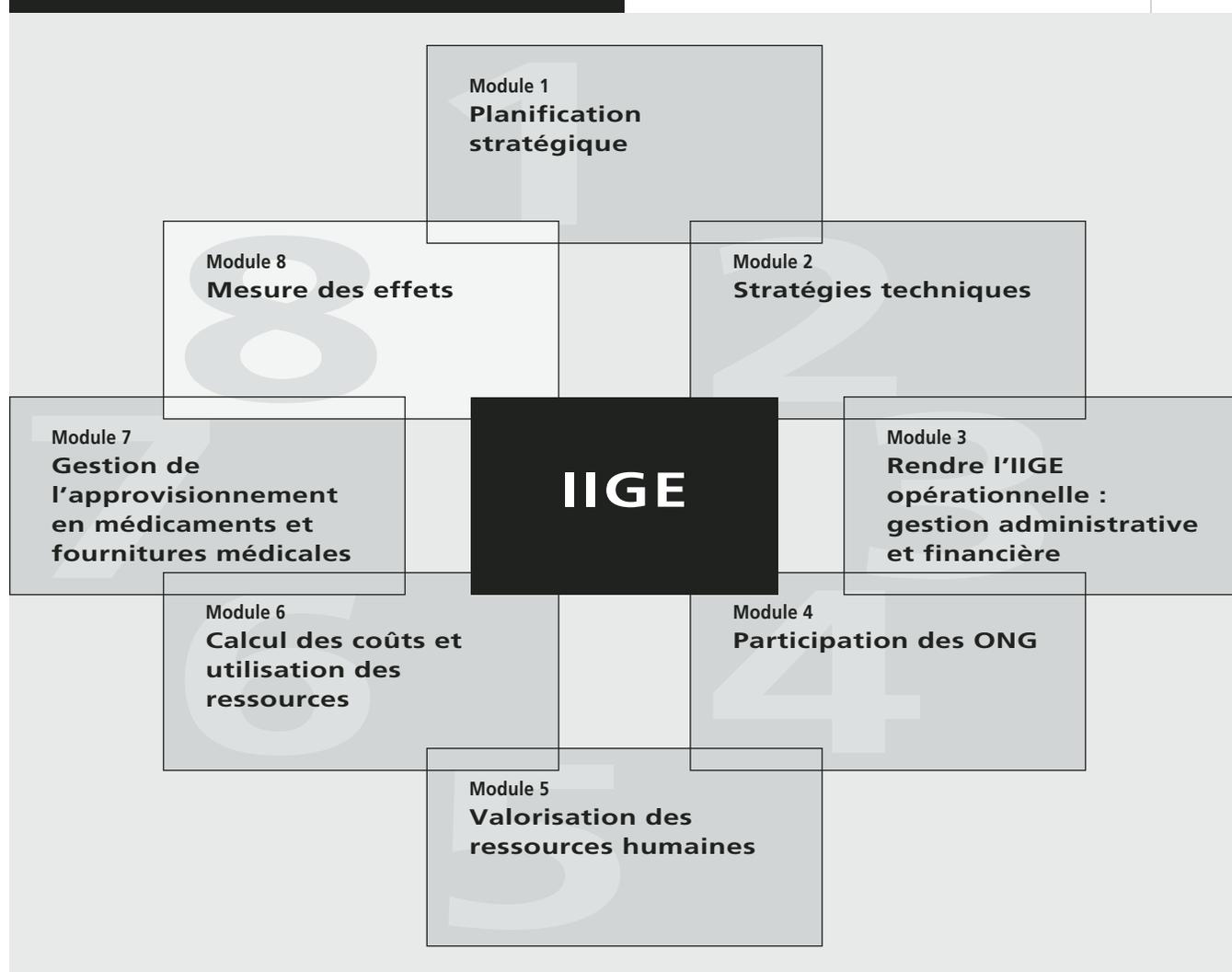
ONUSIDA. HIV Testing Methods. UNAIDS Technical Update (méthodes de dépistage, mise à jour technique de l'ONUSIDA), *UNAIDS Best Practice Collection*. Genève : ONUSIDA, 1997.

ONUSIDA. *Operational Characteristics of Commercially Available Assays to Determine Antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in Human Sera* (caractéristiques opérationnelles des essais disponibles dans le commerce pour déterminer les anticorps des sérums humains résistant au VIH-1 et VIH-2). Genève : ONUSIDA, 1998.

Module 8

Mesure des effets

Éléments d'une intervention intégrée
et à grande échelle



Aperçu

- Quels sont les effets d'une IIGE ?
- Qu'est-ce qui fonctionne bien et qu'est-ce qui a besoin d'améliorations ?
- Quelles sont les modifications qu'il faut apporter ?

Afin de réduire le taux général d'infection par VIH, les programmes et interventions exécutés dans le cadre d'une IIGE sont destinés à atteindre de plus grands nombres de personnes dans des zones géographiques élargies. Des systèmes efficaces et appropriés doivent être en place pour suivre les programmes et évaluer leurs effets afin de déterminer si le but est en cours de réalisation. Le suivi de l'avancement des travaux est particulièrement important étant donné qu'il permet aux directeurs de programme d'apporter des modifications pendant le déroulement des activités afin d'assurer qu'elles produisent les effets escomptés.

Les systèmes de suivi et d'évaluation sont un élément primordial de l'IIGE. Ces systèmes permettent aux planificateurs et directeurs de programmes d'évaluer si les programmes et interventions en cours sont suffisants et de repérer les défis qui se posent à l'accomplissement avec succès des activités.

Des directives globales ont été définies par l'ONUSIDA pour le suivi, l'évaluation et la surveillance, *Programmes nationaux du sida : guide de suivi et d'évaluation et principes de surveillance pour la deuxième génération*. Ces documents fournissent des informations détaillées sur les indicateurs de prévention et de soins, ainsi que sur les méthodes que les pays peuvent appliquer dans le suivi, l'évaluation et la surveillance.

Le module 8, mesure des effets :

- Récapitule les aspects des directives de l'ONUSIDA qui sont particulièrement pertinents dans le cadre d'une IIGE, notamment les systèmes de suivi, d'évaluation et de surveillance et leurs rôles différents.
- Décrit des indicateurs nationaux appropriés pour le suivi des changements.
- Examine des questions particulières concernant le suivi et l'évaluation d'une IIGE.
- Présente dans les grandes lignes les nouveaux défis qui se posent au suivi et à l'évaluation des programmes de soins et de soutien qui sont

destinés à réduire la transmission d'une mère à son enfant (TME).

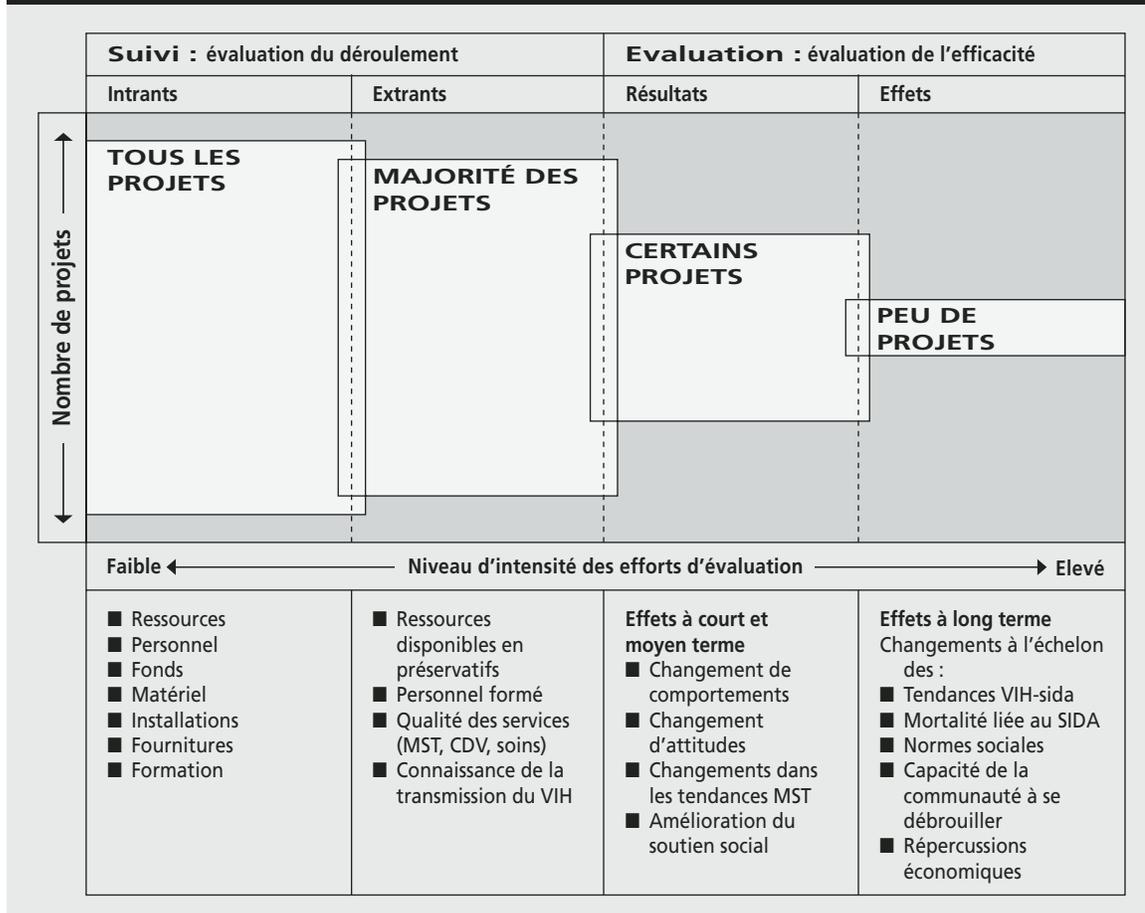
- Offre un modèle pour estimer les effets de l'élargissement de la couverture des interventions.
- Enumère les questions d'exécution primordiales dans le cadre du suivi et évaluation d'une IIGE.
- Fournit une étude de cas sur le suivi et l'évaluation d'une IIGE.
- Suggère des ressources à titre de lecture complémentaire.

Suivi, évaluation et surveillance — quelle est la différence ?

Les termes suivi, évaluation et surveillance sont souvent utilisés indifféremment, ce qui peut créer une certaine confusion sur leur signification. Les termes suivi et évaluation sont probablement la source de la plus grande confusion étant donné qu'ils sont souvent utilisés dans la gestion des projets.

- **Le suivi** est un volet déterminant de l'évaluation approfondie d'un programme et il est synonyme de l'évaluation du déroulement. Le suivi comporte des vérifications proactives pour déterminer si les intrants et extrants du projet se produisent comme prévu, repérer des obstacles aux intrants et extrants et apporter des changements pour que le programme se poursuive dans la bonne voie. Le suivi comporte aussi des vérifications de la qualité des interventions pour assurer le maintien de hauts niveaux de performance.
- **L'évaluation des résultats et des effets**, bien qu'elle soit importante, ne constitue pas toujours un volet de tous les programmes étant donné qu'ils n'ont pas tous besoin de recueillir des informations sur les effets d'une intervention isolée. Le plus souvent, les particuliers bénéficient d'interventions multiples interdépendantes. Il peut se révéler plus efficace de mesurer les effets combinés d'interventions multiples utilisant les systèmes de surveillance existants du VIH, des MST et du comportement (voir étude de cas). La figure 1 illustre les priorités de suivi et d'évaluation dans le cadre d'une IIGE.
- **La surveillance** tend le plus souvent à ne pas appartenir au domaine des programmes individuels et désigne les méthodes utilisées pour suivre les évolutions d'une épidémie et des comportements à risque. Le guide de l'ONUSIDA, Principes de surveillance pour la deuxième génération, recommande de conduire une série systématique

Figure 1 : Priorités en matière de suivi et d'évaluation d'une IIGE



d'enquêtes sur la surveillance du VIH, des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du comportement, qui sont adaptées à l'épidémie du pays et qui sont répétées régulièrement. Plus l'épidémie est limitée et plus le système de surveillance sera concentré sur des groupes à risque élevé, des enquêtes occasionnelles étant conduites à l'échelon de la population générale pour vérifier le niveau de propagation de l'épidémie. Plus l'épidémie est avancée et étendue, plus le système de surveillance devra être vaste afin de pouvoir mesurer les besoins à l'échelon de la population générale.

La surveillance du VIH, des MST et du comportement qui fournit des mesures des résultats et des effets est en général du ressort des ministères de la santé, qui peuvent collaborer avec les autorités de santé locales. Des postes sentinelles pour la surveillance du VIH et des MST peuvent être situés stratégiquement là où la transmission du VIH est susceptible d'augmenter en raison de la haute

prévalence des comportements à risque dans un pays donné. Pareillement, la surveillance du comportement peut porter sur des sous-groupes de population sélectionnés dans de grandes zones géographiques, telles que des provinces ou des villes importantes, qui font l'objet de sondages réguliers et systématiques.

La responsabilité du suivi de la qualité des programmes et des intrants et extrants pendant le déroulement incombe aux organisations qui sont chargées de l'exécution de ces programmes et aux autorités de santé locales qui les supervisent. A ce niveau, il est nécessaire de former un personnel suffisant, de faciliter l'approvisionnement des fournitures médicales requis, comme les médicaments, d'élaborer des messages de communication s'adressant aux groupes spécifiques et de traiter convenablement les personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles. Ces facteurs peuvent être évalués en collectant des données sur le déroulement et en suivant la qualité des services à l'aide de méthodes qualitatives rapides.

Tableau 1 : Domaines de programme avec indicateurs communs et additionnels

Indicateur/politique du domaine de programme	Instruments de mesure	C = indicateur commun A = indicateur additionnel	
		Epidémies prioritaires généralisées	Epidémies prioritaires concentrées/faible niveau
Politique			
Index de l'effort des programmes de sida (API)	Questionnaires et protocoles API	C	C
Dépenses pour la prévention du VIH	En cours d'élaboration		
Ressources disponibles en préservatifs et qualité			
Préservatifs disponibles à l'échelle nationale	Protocole de l'OMS sur les préservatifs (PI2)	C	C
Préservatifs disponibles au détail	Protocole sur les ressources disponibles en préservatifs et leur qualité compilé par les évaluations MEASURE/OMS/PSI	C	A
Qualité des préservatifs	Protocole sur les ressources disponibles en préservatifs et leur qualité compilé par les évaluations MEASURE/OMS/PSI	C	C
Discrédit et discrimination			
Acceptation d'attitudes à l'égard des personnes séropositives	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI, UNICEF)	C	C
Absence de discrimination par les employeurs	Protocole de l'ONUSIDA sur la discrimination	C	C
Connaissance			
Connaissance de la prévention du VIH	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI, UNICEF)	C	C
Pas d'opinions incorrectes sur le VIH	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI, UNICEF)	C	C
Connaissance de la prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	ESC par FHI chez les HSH		C
Connaissance de la prévention du VIH chez les CDI			C
Connaissance des possibilités d'éviter la TME	ESC par FHI chez les HSH	C	
Conseil et dépistage volontaire (CDV)	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI, UNICEF)		
Personnes qui ont demandé le dépistage et ont obtenu les résultats	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI, UNICEF)	C	A
Districts disposant de services CDV	Evaluation régionale — pas d'instrument spécifique	C	
Qualité du conseil et de l'aiguillage	Protocole ONUSIDA sur le CDV	C	A
Centres CDV avec équipement minimum	Protocole ONUSIDA sur le CDV	C	A
Qualité des laboratoires CDV	Protocole OMS sur le dépistage, protocole sur la protection sanguine Enquêtes (ONUSIDA)	A	A
Transmission d'une mère à son enfant (TME)			
Femmes enceintes conseillées et testées	Protocole ONUSIDA TME, protocole CDV	C	
Établissements de soins offrant services de soins TME et aiguillage vers DPN	Protocole ONUSIDA TME, protocole CDV	C	
Conseil VIH de qualité pour femmes enceintes	Protocole ONUSIDA TME	A	
Administration de traitements ARV	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	
Négociations et attitudes à l'égard du sexe			
Capacité des femmes à négocier des rapports sexuels sans danger	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	C
Comportement sexuel			
Sexe à plus haut risque dans la dernière année	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI)	C	C
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à plus haut risque	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI)	C	C
Sexe commercial dans la dernière année	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	C

*Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results (MEASURE) est un programme financé par l'USAID mis au point à l'Université de la Caroline du nord, Chapel Hill.

Tableau 1 (suite) : Domaines de programme avec indicateurs communs et additionnels

Indicateur/politique du domaine de programme	Instruments de mesure	C = indicateur commun A = indicateur additionnel	
		Epidémies prioritaires généralisées	Epidémies prioritaires concentrées/faible niveau
Utilisation du préservatif par les clients au dernier rapport sexuel payé	ESC des travailleurs sexuels par FHI	A	C
Utilisation du préservatif par les travailleurs du sexe avec le dernier client	ESC des travailleurs sexuels par FHI	A	C
Sexe entre hommes à plus haut risque dans la dernière année	ESC par FHI sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes		C
Utilisation du préservatif dans le dernier rapport sexuel anal entre hommes	ESC par FHI sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes		C
Comportement sexuel chez les jeunes			
Age moyen lors du premier rapport sexuel	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, ESC jeunes par FHI)	C	A
Jeunes ayant des rapports sexuels pré-nuptiaux	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, ESC jeunes par FHI)	C	A
Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel pré-nuptial	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, ESC jeunes par FHI)	C	A
Jeunes ayant des partenaires multiples	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, ESC jeunes par FHI)	C	A
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à plus haut risque	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, ESC jeunes par FHI)	C	A
Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, ESC jeunes par FHI)	A	A
Rapports sexuels entre partenaires d'âges différents	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, ESC jeunes par FHI)	A	C
Consommation de drogues injectables			
Consommateurs de drogues injectables partageant le même matériel	ESC par FHI sur les consommateurs de drogues injectables		C
Consommateurs de drogues injectables ne partageant jamais le même matériel	ESC par FHI sur les consommateurs de drogues injectables	C	
Injecteurs de drogues utilisant le préservatif au dernier rapport sexuel	ESC par FHI sur les consommateurs de drogues injectables		A
Protection sanguine/transmission nosocomiale			
Dépistage des flacons de sang pour transfusion	Protocole de protection sanguine MEASURE	C	C
Réduction des transfusions sanguines	Protocole de protection sanguine MEASURE	C	A
Districts/régions dotés d'une banque de sang	Protocole de protection sanguine MEASURE	C	C
Transmission accidentelle dans des établissements de soins de santé	Evaluation des prestations de services MEASURE (EPS)	A	
Soins et prévention des MST			
Diagnostic et traitement approprié des MST	Enquête OMS/ONUSIDA sur les établissements de soins des MST	C	C
Conseil sur la prévention et dépistage VIH	Enquête OMS/ONUSIDA sur les établissements de soins des MST	C	C
Approvisionnement en médicaments aux services de soins des MST	Enquête OMS/ONUSIDA sur les établissements de soins des MST, EPS	C	A
Demande de traitement MST	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, FHI)	A	C
Soins et soutien			
Personnel médical formé aux soins dusida	EPS MEASURE, statistiques sur la formation	A	A
Etablissements de santé ayant la capacité de dispenser des soins	Protocole OMS sur les soins et le soutien	C	
Etablissements de santé disposant de réserves de médicaments	Protocole OMS sur les soins et le soutien, EPS	A	

Source : National AIDS Programmes (2000).

Tableau 1 (suite) : Domaines de programme avec indicateurs communs et additionnels

Indicateur/politique du domaine de programme	Instruments de mesure	C = indicateur commun A = indicateur additionnel	
		Epidémies prioritaires généralisées	Epidémies prioritaires concentrées/faible niveau
Ménages aidés dans l'apport de soins aux jeunes adultes	Enquête (ONUSIDA)	C	
Ménages aidés dans l'apport de soins aux orphelins	Enquête (ONUSIDA)	A	
Répercussions sur la santé et la société			
Séroprévalence chez les femmes enceintes	Protocoles de surveillance OMS/ONUSIDA	C	C
Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes	Protocoles de surveillance OMS/ONUSIDA	C	C
Séroprévalence dans la sous-population à risque	Manuel d'échantillonnage FHI	A	C
Prévalence des enfants orphelins	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, UNICEF)	C	
Scolarité des orphelins	Enquêtes (ONUSIDA, EDS, UNICEF)	A	

Indicateurs nationaux pour suivre les changements

Les indicateurs nationaux pour suivre les changements sont complexes en raison de l'intervention pluri-sectorielle requise pour la prévention et les soins du VIH. Ils couvrent aussi bien l'environnement politique et les interventions directes que la protection sanguine. Le tableau 1 illustre une série d'indicateurs établis pour les programmes nationaux de lutte contre le sida par l'ONUSIDA et par des organisations de collaboration ; ils rentrent dans l'une des deux catégories d'épidémie :

- Epidémies prioritaires généralisées — pour les pays où le taux de séroprévalence dans la population est supérieur à 1 %, tel que mesuré par un échantillon représentatif, par exemple les femmes fréquentant les établissements de soins de soins prénatals.
- Epidémies prioritaires concentrées ou de faible niveau — pour les pays où le taux de séroprévalence dans la population est inférieur à 1 % de la population.

Une subdivision des indicateurs par catégorie d'épidémie — indicateurs communs et indicateurs additionnels — est présentée au tableau 1 à la fois pour les épidémies prioritaires généralisées et les épidémies prioritaires concentrées/de faible niveau afin d'aider les pays à décupler le suivi si les ressources le permettent. Des références, sources d'information sur les instruments et sources d'information sur la définition des indicateurs figurent à la fin de ce module.

Les pays doivent sélectionner des indicateurs pour suivre les programmes de soins et de prévention avant d'élaborer des enquêtes systématiques (notamment des études quantitatives et qualitatives) pour chaque indicateur. Les instruments cités au tableau 1 ont été expérimentés par l'ONUSIDA et d'autres organisations dans des contextes internationaux et ils peuvent être adaptés à des environnements différents.

Les pays pourront décider d'établir des bases d'échantillonnage régionales/locales ou nationales pour mesurer les indicateurs et dresser des estimations. Une démarche régionale pourra être appliquée dans les grands pays, comme la Chine ou l'Inde, ou bien dans les cas où des facteurs portent à croire qu'il est plus utile d'obtenir des estimations sur diverses régions plutôt qu'une seule estimation à l'échelle nationale. Un échantillonnage national peut se révéler très efficace parce qu'il produit des estimations faciles à comprendre et attire l'attention des autorités de haut niveau et des bailleurs de fonds internationaux. Mais les indicateurs nationaux, vu qu'ils récapitulent clairement les résultats de nombreuses interventions dans un seul grand tableau, fournissent parfois des informations qui sont moins utiles que les indicateurs régionaux. Les estimations régionales fournissent des données qui sont plus pertinentes à l'échelon local, où leur influence peut s'exercer davantage et produire une réponse. Les indicateurs régionaux et ceux couvrant des zones encore plus restreintes nécessitent des collectes de données plus exhaustives puisque les échantillons

doivent être suffisamment importants dans chaque région pour suivre les changements.

Ces instruments peuvent être trouvés sur les sites Web suivants :

- OMS : <www.who.org>
- ONUSIDA : <www.unaids.org>
- Family Health International : <www.fhi.org>
- UNICEF : <www.unicef.org>
- Macro International (EDS) : <www.macroid.com>
- Université de la Caroline du nord (MEASURE) : <www.cpc.unc.edu/measure>

Questions particulières relatives au suivi et à l'évaluation d'une IIGE

Evolutions des populations et évolutions des besoins de soins et de prévention

Il est important de comprendre que les populations auxquelles s'adressent les programmes de soins et de prévention du VIH sont mobiles, et non fixes. Les besoins pour une population de se prémunir contre le VIH évoluent constamment en raison de changements intervenant dans la population, comme les déplacements géographiques et les pratiques de comportement. Une méthode de soins et de prévention qui réussit une fois ne réussira peut-être pas à l'avenir. Quelques exemples d'évolution des populations et d'évolution des besoins en soins et prévention sont présentés ci-après :

- Les travailleurs du sexe (TS) et les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (CDI) se déplacent fréquemment pour éviter les contacts avec la police et autres autorités. Dans certaines villes, les quartiers occupés par des travailleurs du sexe font l'objet de descentes de police (parfois en raison de l'attention portée à ces travailleurs par les programmes de prévention et de lutte contre l'épidémie de VIH), forçant les TS à se rendre à des coins de rue, des logements particuliers ou des parcs). Des déplacements analogues peuvent se produire chez les CDI. Les interventions à des fins de prévention doivent suivre le mouvement des groupes de population cible.
- A mesure que l'épidémie évolue, les groupes de population ont besoin de messages et de programmes de prévention différents. Les interventions à des fins de prévention qui ciblent les hommes ayant des rapports sexuels avec des

hommes (HSH), dans de nombreux pays occidentaux, ont été considérées comme une réussite à la fin des années 1980, après la conduite de recherches ayant confirmé la production de changements de comportement importants et des réductions des taux d'infection par VIH. Peu après cette réussite, néanmoins, les recherches ont commencé à révéler une rechute des pratiques sexuelles dangereuses chez les HSH et aussi des pratiques sexuelles dangereuses chez de nouvelles cohortes d'hommes plus jeunes, qui pour la plupart n'avaient pas été en contact direct avec l'épidémie. Ces changements ont nécessité une nouvelle vague de messages et programmes de prévention s'adressant à ces groupes cibles.

- Les populations migrantes présentent des défis uniques à l'égard des programmes de prévention en raison de leurs déplacements fréquents. Il est donc important de déterminer les emplacements qui permettent d'atteindre avec le plus d'efficacité les communautés migrantes (lieux d'origine, le long des axes de migration ou les lieux de destination).

Un moyen efficace de prendre en considération les évolutions des besoins de soins et de prévention des populations consiste à conduire des activités de "cartographie" (en repérant les emplacements des groupes cibles et en apprenant comment et où ils se déplacent) et à élaborer un système continu d'entretiens en profondeur avec des groupes cibles sélectionnés. Il est important d'incorporer un système de contact direct annuel avec des membres des groupes cibles qui prévoit des activités de cartographie et des entretiens en profondeur, en particulier là où les interventions sont en train d'être intégrées, ou avec des groupes cibles mobiles, comme les populations migrantes ou les CDI. Ces démarches permettent aux programmes de se tenir informés des mouvements des groupes cibles, de leur taille et de leurs besoins, et aussi d'évaluer les comportements présentant des risques et les changements de comportement. Ces méthodes peuvent aussi aider les programmes à déterminer les lieux où se rendent les populations cibles (afin que les interventions puissent les suivre), les défis qui doivent être relevés pour que les interventions soient réussies et à déterminer si les particuliers répondent aux actions de prévention.

Capacités des organisations

A mesure que les programmes s'élargissent, ils ont besoin de personnel formé et de plus grandes quantités d'articles, tels que des préservatifs, des médicaments pour soigner les MST et du matériel de laboratoire. Les pays ne disposent pas tous d'un personnel formé suffisant ou n'ont pas tous accès aux articles et équipement requis pour assurer le niveau de services de soins et de prévention qui s'impose.

Il est important de résoudre les problèmes d'insuffisance de capacités et de fournitures médicales afin que les services de soins et de prévention puissent continuer à servir sans interruption les groupes de population visés. Tous les pays peuvent assurer le suivi des capacités organisationnelles et des marchandises disponibles. Des évaluations officielles des capacités et performances organisationnelles peuvent être conduites pour assurer l'exécution efficace d'une IIGE (voir module 5, valorisation des ressources humaines).

Au Népal par exemple, une enquête a été effectuée sur les pharmacies à l'aide d'une méthode de clientèle simulée pour déterminer si elles utilisaient des documents de formation sur les syndromes des MST dans leurs pratiques d'administration des médicaments. Les enquêtes menées avant et après l'intervention ont constaté que les résultats positifs de la formation n'étaient que de courte durée : les pharmaciens finissaient par revenir à leurs vieilles pratiques. Cette évaluation a entraîné une réévaluation de l'intervention et des révisions des documents de formation.

Portée des interventions

Il se dégage des recherches sur le comportement que les particuliers ont besoin d'une masse critique d'interventions qui se renforcent les unes les autres — qui œuvrent à l'obtention du même résultat au même moment — si l'on veut obtenir des changements de comportement positifs. A mesure que l'IIGE élargit les interventions à des groupes de population plus nombreux et à des zones géographiques plus vastes, il devient absolument indispensable de déterminer si ces interventions facilitent les changements de comportement.

Un moyen efficace de déterminer la portée des interventions consiste à exécuter des enquêtes de surveillance du comportement (ESC), ce qui procure des mesures fiables des comportements à risque de transmission du VIH dans de grandes zones géographiques et sur de longues périodes. En général,

les questionnaires ESC sont structurés de manière à ce que les données puissent aider les directeurs de programme à déterminer les types de comportement qui changent et ceux perdurent. Par exemple, il se peut que les hommes commencent à employer des préservatifs avec les TS, mais pas dans leurs rapports avec des partenaires occasionnels non payés — facteur de risque spécifique que les interventions à des fins de préventions devraient prendre en considération. Si les comportements changent, l'ESC peut alors aider à documenter les interventions qui sont exécutées avec succès.

L'ESC peut aussi servir à évaluer la portée des interventions en y incorporant des questions sur les risques d'exposition pour les particuliers. L'enquête peut comporter des questions sur la fréquentation des établissements de soins soignant les MST, sur la remise de préservatifs par un agent de vulgarisation ou sur le souvenir d'un message de communication particulier.

Si les échantillons ESC ne couvrent pas les zones géographiques où l'on souhaite obtenir des mesures de la portée des interventions, il peut alors se révéler utile de procéder à des "enquêtes de couverture rapides. Ces enquêtes suivent des principes méthodologiques analogues à ceux des enquêtes qui essaient de prélever un échantillon représentatif, mais elles portent sur la pénétration dans les populations des programmes de soins et de prévention du VIH. Lorsque les enquêtes indiquent que des programmes ou messages qui visent depuis plusieurs années de vastes populations ont peu pénétré ces populations, cela peut suggérer que la portée soit insuffisante et que les directeurs de programme devraient réévaluer le contenu et le champ d'application des interventions.

Défis à relever en matière de suivi et d'évaluation des programmes de soins et de soutien et prévention de la transmission d'une mère à son enfant (TME)

Le nombre croissant de PVS, en particulier en Afrique, a nécessité que les programmes de soins soient élargis afin de couvrir non seulement les patients, mais en outre leurs familles, y compris les millions d'enfants orphelins. Les baisses de prix des médicaments ont permis aux programmes de soins, dans certains pays, d'incorporer la distribution de médicaments là où il existe des établissements et le personnel nécessaire à l'administration des médicaments et la conduite de suivi. Les

médicaments servant à réduire la transmission d'une mère à son enfant sont employés dans de nombreux pays en développement, bien que leur distribution soit loin d'être universelle.

La capacité à prodiguer des soins est un problème dans le suivi et l'évaluation. Dans de nombreux pays en développement, les systèmes de prestation de soins étaient surchargés même avant l'épidémie de VIH. Les pays peuvent chercher à obtenir l'aide de systèmes de soins communautaires ; toutefois, la capacité de prestation de ces systèmes peut être également limitée.

Etant donné que les pays sélectionnent des indicateurs en fonction des buts de soins et de soutien qu'ils veulent atteindre, il arrive que ces indicateurs varient considérablement d'un pays à l'autre. Le défi que les pays doivent relever consiste à adapter les instruments dont l'application est réalisable. Par exemple, une enquête représentative auprès de personnes séropositives peut fournir de nombreux indicateurs en matière de soins et de soutien, mais elle peut se révéler difficile à exécuter pour des raisons de confidentialité ou autres. Pareillement, le fait de connaître la proportion de mères infectées par le VIH qui n'allaitent pas peut contribuer à déterminer si un programme de prévention de la transmission verticale est réussi ou non, mais le rassemblement de telles données n'est pas toujours possible.

Une autre méthode pour obtenir des informations sur les indicateurs de santé consiste à estimer le nombre de personnes séropositives (ou de mères, suivant le service) dans une région donnée, en appliquant des programmes de modélisation fondés sur des données de surveillance ou ponctuelles. Cette méthode permet d'établir un dénominateur qui servira au fur et à mesurer les accomplissements en matière de prestation de services. A titre d'exemple, s'il est estimé que 1.000 PVS habitent dans une certaine région et que les programmes signalent qu'ils desservent une population globale de 500 personnes dans cette région pendant une période donnée, un indicateur approximatif de la prise en charge des PVS dans la région sera 50 %.

Un autre défi est l'évaluation de la qualité des soins étant donné qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de bonnes normes — ou de normes minimales — dans la majorité des pays. Des normes de services doivent être établies pour suivre efficacement

l'exécution et définir des indicateurs comparables sur le plan international.

Des recherches sur les meilleures méthodes pour suivre et évaluer les interventions de soins et de prévention devront être effectuées au cours des quelques prochaines années. Pour le moment, les pays doivent fixer des buts de suivi et d'évaluation réalistes qui fassent état des ressources et capacités disponibles. Ces buts pourront être ajustés au fur et à mesure que les recherches produiront les "méthodes les plus performantes" de suivi et d'évaluation des programmes de soins et de soutien et au fur et à mesure que les ressources financières et les capacités augmenteront.

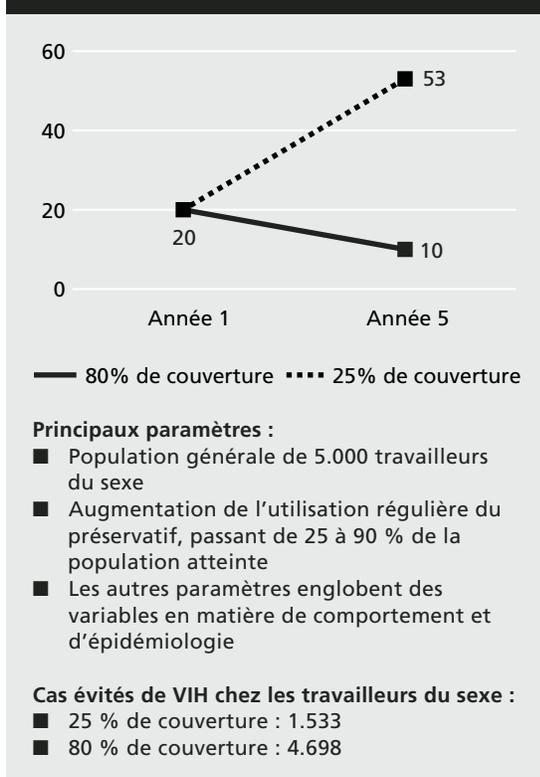
Estimation des effets de la prise en charge soutenue : *HIVTools (Outils VIH)*

Un outil de modélisation d'utilisation facile mis au point par des chercheurs de la School of Hygiene and Tropical Medicine de Londres pour le compte de l'ONUSIDA aide les programmes à comprendre les effets de la prise en charge soutenue sur l'incidence et la séroprévalence. *HIVTools* applique des paramètres relatifs à l'épidémiologie, au comportement et à la prise en charge pour évaluer les effets des interventions sur des groupes cibles spécifiques. Il existe quatre modèles à la disposition des interventions s'adressant aux TS, aux CDI, aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents, ainsi qu'aux services de transfusion sanguine. Des modèles supplémentaires sont en cours de développement.

Le modèle SexWork (travail du sexe), par exemple, stimule les effets des interventions de prévention de la transmission du VIH qui s'adressent aux TS et à leurs clients. Il exige que l'utilisateur fournisse des informations, notamment :

- La taille de l'ensemble de la population de travailleurs du sexe
- La proportion de travailleurs du sexe spécifique par l'intervention
- La proportion de ceux qui sont spécifiques qui a été atteinte récemment par l'intervention
- Des données sur l'utilisation du préservatif chez les travailleurs du sexe qui ont été atteints récemment par l'intervention
- Des données sur l'utilisation du préservatif chez les travailleurs du sexe qui n'ont pas été récemment atteints par l'intervention

Figure 2 : Effets de l'amplification sur la séroprévalence : exemple appliquant le logiciel HIVTools



Une fois que les données requises sont en place (des valeurs par défaut peuvent aussi être utilisées), le logiciel HIVTools produit des données et des graphiques sur les tendances futures probables de la séroprévalence, de son incidence et des cas évités chez les travailleurs du sexe et leurs clients.

La figure 2 montre comment la séroprévalence est affectée par l'accroissement de la couverture d'une intervention à l'intention des travailleurs du sexe de 25 % d'une population de 5.000 travailleurs du sexe à 50 %, lorsque le taux d'utilisation régulière du préservatif dans la population atteinte passe de 25 à 90 %. Dans l'intervention avec une couverture plus faible, le modèle prédit que 1.533 cas de VIH seront évités chez les travailleurs du sexe et que la prévalence augmentera, au cours d'une période de cinq ans, de 20 % (niveau de référence entré dans le modèle) à 53 %. Dans cet exemple, la couverture limitée n'empêche pas le VIH d'infecter plus de la moitié de la population.

Si la couverture réelle passe à 80 % de la population de travailleurs du sexe, l'estimation du nombre de cas évités de VIH s'élève à 4.698 et la prévalence tombe de 20 % (là encore, pourcentage de référence utilisé dans le modèle) à 10 %. Ce scénario illustre l'importance de la couverture dans la prévention d'une épidémie. *HIVtools* peut être trouvé sur Internet : <<http://www.unaids.org/publications/documents/economics>>.

Utilisation des données pour apporter des changements dans les politiques et les programmes

Les données de surveillance, d'évaluation et de suivi sont d'autant plus efficaces qu'elles sont utilisées pour apporter des changements positifs aux politiques et à la qualité des programmes et interventions — et pour accroître les ressources de financement des programmes. Les données doivent être distribuées régulièrement aux particuliers et aux institutions responsables de l'élaboration des politiques, de la planification, de l'affectation des ressources et de la préparation des budgets. Ces données à distribuer incluent les rapports à l'intention des planificateurs, des journalistes, des directeurs de programmes VIH et autres intéressés. Chaque personne voit le VIH sous un angle différent ; les compilations de données devront donc prendre en considération ces différences et émettre des messages différents, adaptés à la situation particulière. Par exemple, un rapport de surveillance rédigé à l'intention des planificateurs devra être plus concis et contenir moins de jargon scientifique qu'un rapport écrit s'adressant aux spécialistes en épidémiologie.

Questions primordiales concernant l'exécution du suivi et évaluation d'une IIGE

Les questions primordiales que doivent examiner les planificateurs et directeurs de programmes lorsqu'ils élaborent et mettent en œuvre des systèmes de suivi et d'évaluation d'une IIGE sont présentées ci-dessus.

Questions d'exécution primordiales dans le cadre du suivi et évaluation d'une IIGE

Définition : suivi, évaluation et surveillance

- Quelle est la différence entre le suivi, l'évaluation et la surveillance ?
- Quelle est ou quelles sont les méthodologies qui conviennent le mieux aux programmes et projets ?
- Quelle est ou quelles sont les méthodologies qui conviennent le mieux aux programmes nationaux ?

Indicateurs des programmes nationaux

- Quels sont les indicateurs utilisés dans le programme national du pays ?
- Compte tenu des priorités de planification stratégique du pays, faut-il recueillir de nouveaux indicateurs ?
- En quoi est-il important, pour l'exécution des programmes, d'accorder une priorité aux ressources nécessaires pour la conduite d'activités supplémentaires de suivi et d'évaluation ?

Problèmes particuliers en matière de suivi et d'évaluation

- Les mouvements des populations cibles ont-ils été suivis par le programme au fur et à mesure qu'il se déroulait ? Quelles sont les stratégies qui ont été appliquées pour suivre les populations ? Est-ce que certaines tendances ont été observées dans les mouvements de ces populations ?
- Le programme dispose-t-il d'une capacité suffisante pour assurer le suivi et l'évaluation ? Quelles sont les stratégies appliquées pour renforcer cette capacité ?
- Des ESC ou des enquêtes de couverture rapides sont-elles en cours d'exécution ? Si non, quel est le type d'information qui doit être recueilli ?
- Le programme utilise-t-il une stratégie de suivi et d'évaluation pour les programmes de soins et de soutien ? Pour les programmes de traitement ? Pour les programmes s'adressant aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) ? Si non, quelles sont les informations nécessaires pour envisager l'exécution d'activités de suivi et d'évaluation de ces programmes ?

Liste de lectures complémentaires

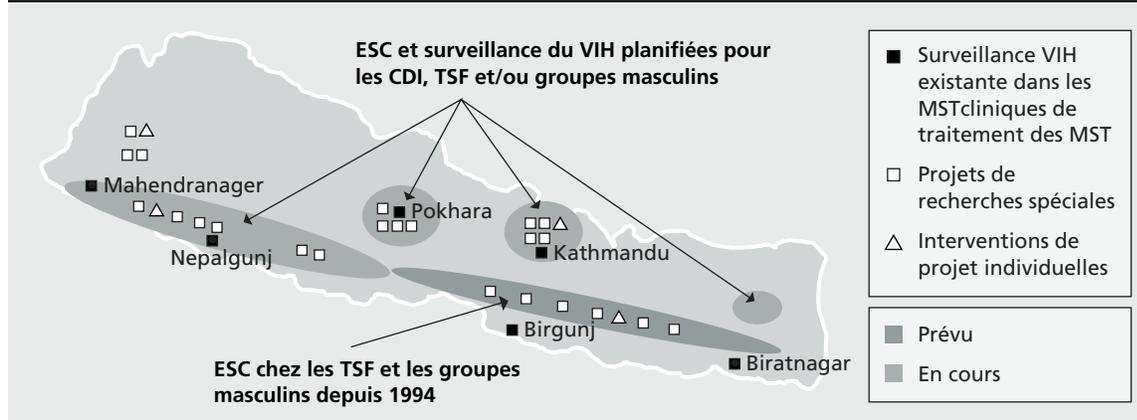
- Family Health International. *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries : A handbook for program managers and decision makers (évaluation des programmes de soins et de prévention du VIH-sida dans les pays en développement : manuel à l'intention des responsables et directeurs de programmes)*. Arlington, Va : Family Health International, 2001.
- ONUSIDA. *Guidelines on Second Generation Surveillance (principes de surveillance pour la deuxième génération)*. Genève : ONUSIDA, 2000.
- ONUSIDA. *National AIDS Programmes : A guide to monitoring and evaluation (programmes nationaux du sida : guide de suivi et d'évaluation)*. Juin 2000. Genève : ONUSIDA.

Etude de cas

Etude de cas : suivi et évaluation de l'exécution d'une IIGE au Népal

Le Népal essaie d'amplifier ses interventions de prise en charge des groupes cibles présentant des comportements à haut risque à une plus grande partie du pays. Bien que le Népal ait été considéré pendant longtemps un pays à faible prévalence, des données récentes révèlent qu'il assiste à présent à une épidémie concentrée. La séroprévalence chez les travailleurs du sexe est estimée à 40 %, à l'échelon national, et à 50 % à Katmandou. Le pourcentage de travailleurs du sexe de Katmandou atteints du VIH est passé de 1 % de la population en 1992 à 17 % en 1999. Si les données de surveillance des postes sentinelles portent à croire que le VIH reste faible chez les personnes qui fréquentent les MSTcliniques de traitement des MST, des observations sur la partie occidentale du pays font penser que de grands nombres de travailleurs migrants qui retournent de régions de l'Inde à prévalence élevée rapportent avec

Figure 3 : Enquêtes existantes et planifiées de surveillance du VIH-sida et du comportement, Népal



eux le virus, infectant leurs épouses/partenaires sexuels.

En 2000, un consortium composé de bailleurs internationaux s'est engagé à financer un ensemble de programmes de plusieurs millions de dollars pour réduire la transmission du VIH au Népal, suscitant ainsi la conception de systèmes de surveillance, d'évaluation et de suivi renforcés. La figure 3 montre les systèmes qui existent actuellement au Népal et la possibilité d'élargissement prévue de ces systèmes.

Les concertations sur le renforcement de ces systèmes sont actuellement en cours.

La figure 3 montre que les projets dirigés par des organisations dotées de leurs propres systèmes de suivi se trouvent dans les zones géographiques couvertes par des enquêtes de surveillance du VIH et du comportement qui permettent d'en suivre les évolutions. (La carte ne permet pas de montrer tous les systèmes qui seront mis en place.)

Mobilisation de ressources et de capacités organisationnelles suffisantes pour mettre à exécution, de manière efficace et rapide, une intervention intégrée et à grande échelle à l'épidémie de VIH-sida



Family Health
International



2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201 USA
www.fhi.org